

COMITÉ SUR LE TRANSPORT AÉRIEN
DES MALADES AU QUÉBEC

ÉTUDE ET ÉVALUATION DU SYSTÈME EVAQ
AVION-AMBULANCE

PRÉSENTÉ AU MINISTRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC
MONSIEUR MARC-YVAN COTÉ

CLÉMENT TREMBLAY, ING.

QUÉBEC, AOÛT 1986

CANQ
TR
AG
101



Valentine Lupin

AMBULANCE

SUJET: Avion ambulance
"Valentine"

ENDROIT: _____ DATE: 08-83

DIRECTION DES COMMUNICATIONS
TRANSPORTS-QUÉBEC

²⁴⁴
NEGATIF: 092-4

DOSSIER: 4.6.2

297754

GOUVERNEMENT DU QUEBEC

MINISTERE DES TRANSPORTS

COMITE SUR LE TRANSPORT AERIEN DES
MALADES AU QUEBEC.

REÇU
CENTRE DE DOCUMENTATION
JUIL 27 1993
TRANSPORTS QUÉBEC

CTAMQ

RAPPORT SUR L'AVION-AMBULANCE

PRESENTE A MONSIEUR MARC-YVAN COTE

MINISTRE DES TRANSPORTS

MINISTÈRE DES TRANSPORTS
CENTRE DE DOCUMENTATION
700, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE EST,
21^e ÉTAGE
QUÉBEC (QUÉBEC) - CANADA
G1R 5H1

LES MEMBRES DU COMITE

Pierre Fréchette, M.D.

Coordonnateur médical d'EVAQ
Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec

Louis-Philippe Langlois, Ing.

Inspection sanitaire et mesures d'urgence
Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Jean-Paul Demers,

Chef pilote
Service Aérien Gouvernemental

Marcel Deschamps,

Directeur-général,
Association des Gens de l'Air du Québec

Clément Tremblay, Ing. M.B.A.

Ministère des Transports du Québec
Président du comité

AOUT 1986.

CANQ
TR
AG
101

Pen

TABLE DES MATIERES

1.- Avertissement au lecteur	3
2.- Présentation d'EVAQ	4
3.- Données factuelles	8
a) Evolution des pathologies (moyenne d'âge)	
b) Evolution mensuelle (courbe de régression)	
c) Evolutions régionales (3 régions principales)	
4.- Utilisation des F-27	49
5.- Coûts annuels de EVAQ (1985)	61
6.- Transport aérien des autres malades au Québec	62
7.- Rapatriement des Québécois hors Québec	63
8.- Transport de donneurs/receveurs d'organes	65
9.- Valentine Lupien (HS-125)	66
10.- Le cas Povungnituk	68
11.- La prospective	71
12.- Recommandations.	74

1.- Avertissement au lecteur

Pour celui dont la charge de travail est déjà lourde et qui manifeste néanmoins de l'intérêt pour le transport aérien des malades au Québec, le CTAMQ a voulu lui permettre de découvrir dès la première page le fil conducteur du rapport en mettant en évidence ses trois plus importantes recommandations.

Le Ministère des Transports doit procéder au remplacement de C-FSEN par un réacteur moderne, spacieux, versatile, nécessairement doté d'une grande autonomie de vol et propulsé par des moteurs équipés d'inverseurs de poussée.

Le Service Aérien Gouvernemental doit accorder une priorité à l'entretien de Valentine Lupien, et des appareils qui le remplacent à l'occasion. Cette politique administrative doit comprendre des horaires de travail de 24 heures par jour, sept jours par semaine lorsque l'avion est retenu au sol pour des raisons techniques.

Le ministre des Transports doit inviter le Gouvernement du Québec à donner au système EVAQ un statut bien défini, un mandat précis et un organigramme fonctionnel.

2.- PRESENTATION DE "EVAQ"

L'éloignement et l'isolement des communautés limitrophes du Québec associés à une certaine carence en équipements et en personnel médical ont amené en 1981 la mise sur pied par le Gouvernement du Québec du système d'Evacuations Aéromédicales au Québec: EVAQ.

Depuis lors, EVAQ offre aux malades urgents des régions périphériques du Québec un système sophistiqué de transport aérien secondaire capable de fournir des soins intensifs individualisés à tous les types de malades, quel que soit leur état.

Les médecins des régions éloignées ont accès au système en tout temps. Un dispatcher permet la communication entre ces médecins et un médecin aviseur. Ce dernier, alors en devoir dans une unité d'urgence d'un hôpital universitaire de la ville de Québec, doit d'abord décider de l'acceptation ou du refus du transfert. Le cas échéant, il conseillera son confrère sur la préparation adéquate du malade en vue du transport par avion. Il avise ensuite les escortes médicale et infirmière, le service des équipements médicaux et le dispatcher. L'avion est alors préparé à sa base de Québec. L'envol s'effectue moins d'une heure après l'alerte.

Les équipages se composent de dix (10) capitaines et de dix (10) co-pilotes du Service Aérien Gouvernemental. Quant aux escortes, elles sont composées de seize (16) médecins et de six (6) infirmiers (ères) d'urgence; ce personnel d'escorte a reçu une formation particulière en réanimation, soins d'urgence de toutes sortes, néo-natalogie ainsi qu'en médecine aéronautique.

L'opération des aéronefs et la gestion des équipages relèvent du service aérien du Ministère des Transports. L'administration et le financement des aspects médicaux émergent aux crédits du Conseil de la Santé et des Services Sociaux de la région de Québec (CSSS-03). La responsabilité professionnelle ainsi que le contrôle de la qualité des soins médicaux incombent à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec par l'entremise du coordonnateur médical d'EVAQ.

EVAQ utilise, dans 82% des missions, un bi-réacteur HS-125 de la série 1A, connu aussi sous le nom de HS-125, équipé en unité de soins intensifs hospitalière.

Ce réacteur est équipé de deux (2) civières, d'une (1) isolette, d'oxygène et d'air comprimé. Ses principaux équipements médicaux comprennent également:

1 respirateur volumétrique de marque Siemens modèle 900B couplé à un spiromètre électronique et un analyseur de CO₂ de la même compagnie.

1 respirateur portatif de marque Bear.

1 sphygmomanomètre à effet Doppler de marque Dynamap.

2 moniteurs électroniques cardiorespiratoires de marque Hewlett Packard dont un est destiné à la néo-natalogie et l'autre au monitoring des malades adultes.

1 moniteur défibrillateur portatif autonome de marque Physiocontrol modèle Lifepak 5.

2 systèmes de succion à dépression de marque Leardal.

1 pantalon anti-choc gonflable (MAST)

1 pharmacie complète de soins intensifs.

des fournitures nécessaires aux intubations endo-trachéales.

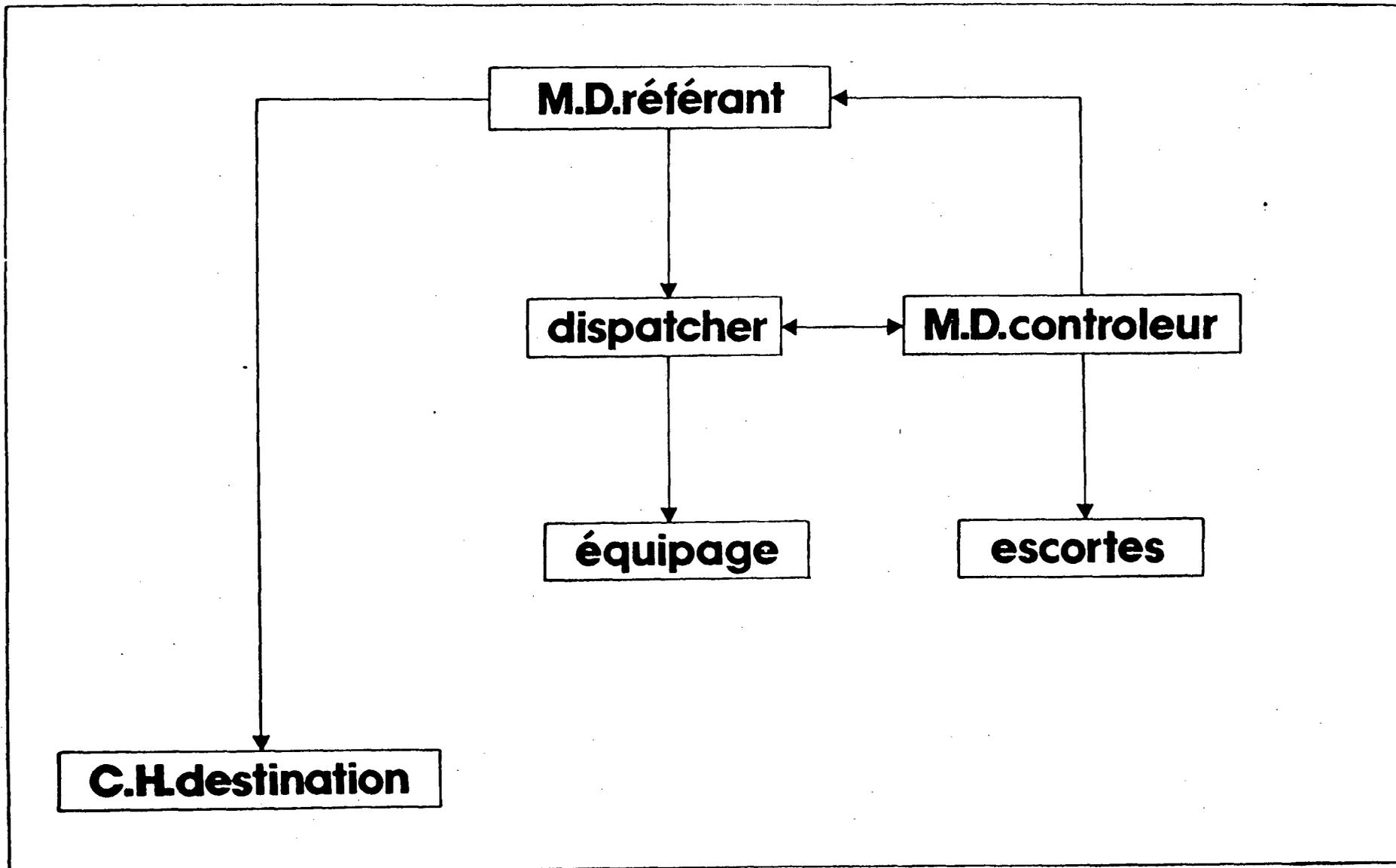
des équipements chirurgicaux nécessaires aux techniques de cricothyrotomie et de drainage thoracique.

des fournitures médicales diverses.

EVAQ transporte des malades de tous types et de toutes conditions dont l'âge moyen en 1985 est de 32.3 ans. La répartition de ces malades selon le sexe s'établit à 57,3% masculin et 42,7% féminin.

Les malades sont généralement acheminés vers des centres hospitaliers universitaires ultra-spécialisés des villes de Québec et de Montréal.

A date, la clientèle d'EVAQ se compose à 25% de cas traumatiques et à 75% de cas non-traumatiques.



Gouvernement du Québec

MTQ

MSSS

service aerien

CRSSS

HEJ

EVAC



3.- DONNEES FACTUELLES

A) EVOLUTION DES PATHOLOGIES

Les tableaux 1.0 et 1.1 nous révèlent que parmi les pathologies non traumatiques qu'EVAQ transporte, certaines sont beaucoup plus fréquentes que les autres. Ainsi, on retrouve particulièrement les pathologies neurologiques, cardiaques, gynéco-obstétricales, digestives et néo-natales. Ces chiffres démontrent que le système d'EVAQ remplit son rôle d'unité de soins intensifs volante en permettant aux bénéficiaires les plus malades et les plus instables d'atteindre les facilités thérapeutiques tertiaires des grands centres. Ces statistiques donnent également une idée des besoins réels de soins spécialisés en périphérie, particulièrement en neurologie et en cardiologie.

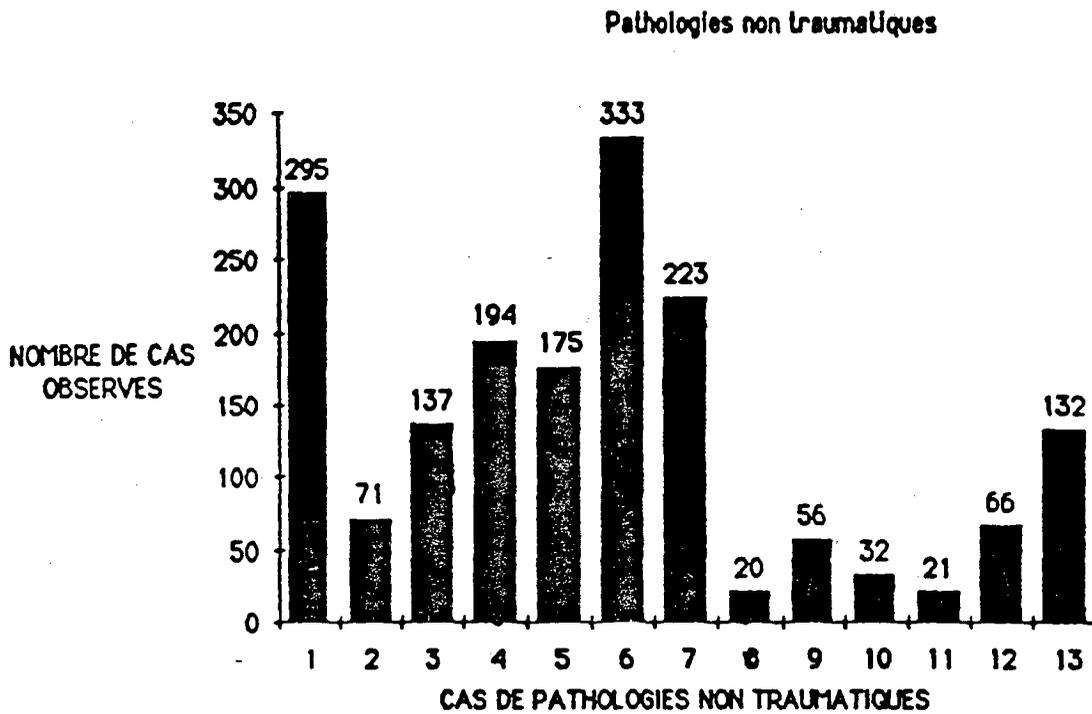
Nonobstant le nombre plus restreint de cas traumatiques, les tableaux 1.0 et 1.2 montrent que le système dessert les plus grands blessés à savoir les traumatisés crâniens et les multitraumatisés; de plus, malgré un nombre plus modeste, les traumatisés rachidiens qui ont été transportés constituent toujours un énorme défi technique de transport que nous avons réussi à surmonter.

TABLEAU -1.0

EVOLUTION QUADRIMESTRIELLE DES CAS D'EVACUATION
PAR TYPE DE PATHOLOGIE
De septembre 1981 à décembre 1985
(En nombres)

	Sept 81	Janv 82	Mai 82	Sept 82	Janv 83	Mai 83	Sept 83	Janv 84	Mai 84	Sept 84	Janv 85	Mai 85	Sept 85	TOTAL
	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	Déc 81	Avr. 82	Août 82	Déc 82	Avr. 83	Août 83	Déc 83	Avr. 84	Août 84	Déc 84	Avr. 85	Août 85	Déc 85	
CAS DE PATHOLOGIES NON-TRAUMATIQUES														
CARDIO-RESPIRATOIRES														
Cardiaques	14	16	23	13	24	15	18	20	25	20	35	37	35	295
Vasculaires	3	6	4	8	0	6	6	7	7	8	6	6	4	71
Respiratoires	14	8	9	8	9	12	11	6	15	10	9	16	10	137
SOUS-TOT	31	30	36	29	33	33	35	33	47	38	50	59	49	503
DIGESTIVES														
Digestives	18	13	21	15	17	18	9	11	12	6	16	23	15	194
NEO-NATALES														
Néo-natales	5	8	22	16	20	13	16	13	10	21	8	11	12	175
NEUROLOGIQUES														
Neurologiques	25	18	23	26	20	25	19	24	33	36	25	30	29	333
GYNECO-OBSTETRIQUES														
Gynéco-Obstét.	10	21	22	17	17	14	9	16	13	22	25	20	17	223
AUTRES														
Psychiatriques	0	2	2	0	2	0	0	5	0	5	2	2	0	20
Urinaires	1	3	5	8	4	3	3	3	1	10	2	7	6	56
Hémathologiques	3	0	3	3	0	0	4	3	6	2	4	2	2	32
Endocriniennes	1	1	1	2	3	1	0	2	3	0	3	2	2	21
Toxi-infectieuses	4	2	5	5	3	10	7	5	8	4	6	2	5	66
Autres	13	10	10	11	7	10	15	10	8	8	12	7	11	132
SOUS-TOT	22	18	26	29	19	24	29	28	26	29	29	22	26	327
SOUS-TOTAL DES CAS DE PATHOLOGIES NON-TRAUMATIQUES														
SOUS-TOT	111	108	150	132	126	127	117	125	141	152	153	165	148	1755
CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES														
Brûlures	0	0	1	1	3	6	0	1	8	4	1	0	2	27
Crâniennes	10	8	11	15	14	20	16	8	22	20	18	28	18	208
Extrémités	3	3	5	9	5	3	3	0	8	5	12	12	4	72
Multiples	10	9	10	14	12	17	10	13	17	15	5	21	16	169
Oculaires	2	1	2	0	1	0	0	0	3	1	2	2	2	16
Rachidiennes	3	2	7	4	3	5	3	2	8	5	3	11	3	59
Thoraco-Abdo	2	2	6	1	1	3	3	4	1	3	3	2	1	32
Autres	0	2	1	0	1	2	1	0	0	1	1	2	1	12
SOUS-TOT	30	27	43	44	40	56	36	28	67	54	45	78	47	595
GRAND-TOTAL	141	135	193	176	166	183	153	153	208	206	198	243	195	2350

CTAMQ
TABLEAU 1.1

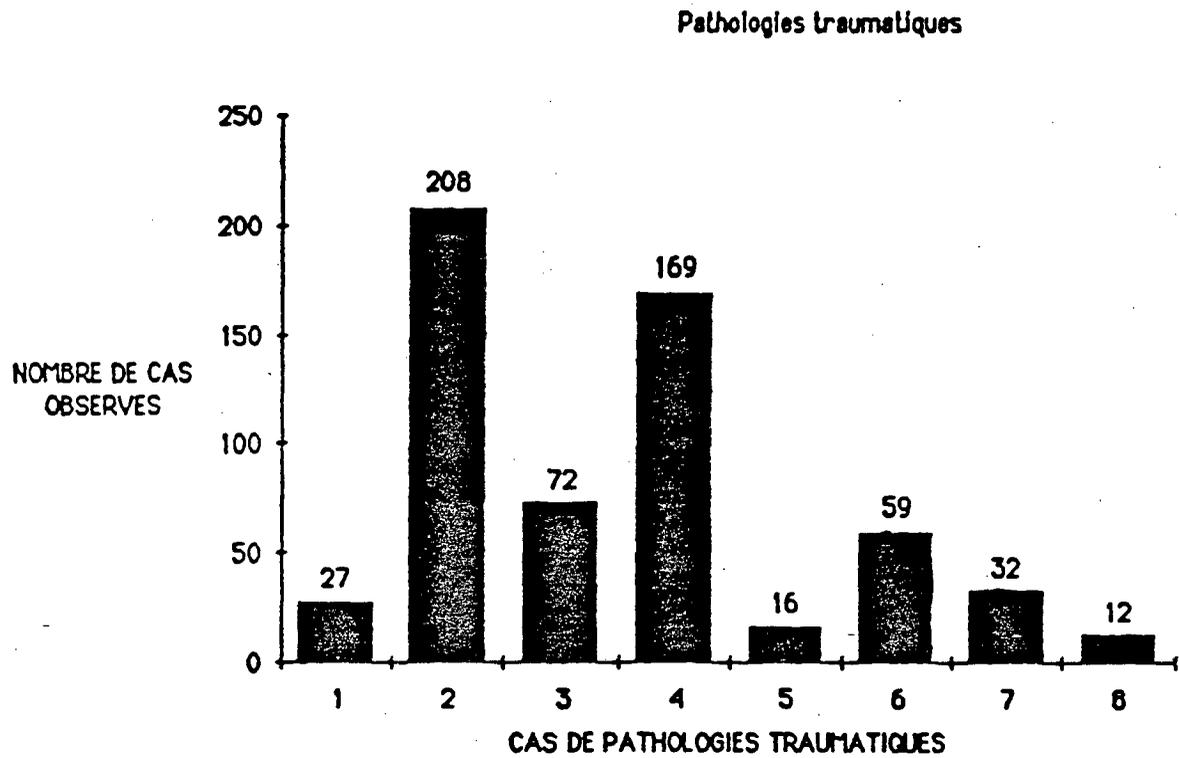


LEGENDE - CAS DE PATHOLOGIES NON-TRAUMATIQUES

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1 - CARDIAQUES | 8 - PSYCHIATRIQUES |
| 2 - VASCULAIRES | 9 - URINAIRES |
| 3 - RESPIRATOIRES | 10 - HEMATOLOGIQUES |
| 4 - DIGESTIVES | 11 - ENDOCRINIENNES |
| 5 - NEO-NATALES | 12 - TOXI - INFECTIEUSES |
| 6 - NEUROLOGIQUES | 13 - AUTRES |
| 7 - GYNECO - OBSTETRIQUES | |

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 1.2



LEGENDE - CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES

1 - BRULURES
2 - CRANIENNES
3 - EXTREMITES
4 - MULTIPLES

5 - OCULAIRES
6 - RACHIDIENNES
7 - THORACO-ABDOMINALES
8 - AUTRES

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr: (QUEBEC)

Les tableaux 2.0 et 2.1 illustrent la prédominance des pathologies non traumatiques sur les pathologies traumatiques. Bien qu'il n'existe pas, selon le tableau 2.1, de relation directe entre les cas traumatiques et non traumatiques, on remarque une tendance très nette à la hausse du nombre de cas dans les deux classes de pathologies.

PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES.

Les tableaux 2.0, 2.2 et 2.3 nous révèlent que les pathologies cardio-respiratoires, neurologiques et gynéco-obstétricales ont tendance à augmenter. Pour les deux premières, nous pensons que le vieillissement de la population contribue à l'augmentation de la fréquence de ces pathologies. Quant à la dernière, disons que son augmentation est minime et qu'elle est due au fait que le système EVAQ constitue la ressource de transport la plus sûre pour les parturientes en travail prématuré et pour les femmes dont la grossesse présente un risque majeur.

On remarque par contre une légère baisse de la néo-natalogie, peu significative si l'on considère le faible taux de natalité au Québec.

Quant aux autres pathologies, elles sont demeurées remarquablement stables depuis le début malgré quelques soubresauts tant inégaux qu'imprévisibles.

PATHOLOGIES TRAUMATIQUES.

Les tableaux 2.0, 2.4, 2.5 et 2.6 confirment la montée des traumatismes crâniens, des traumatismes multiples, des traumatismes rachidiens et des traumatismes des extrémités. Ces pathologies sont causées surtout par les accidents routiers et en particulier par les motocyclettes; on retrouve évidemment quelques cas d'accidentés du travail mais ces derniers sont minoritaires. L'accroissement du nombre de véhicules routiers a sûrement un rôle à jouer dans ce secteur.

Il faut également mentionner que les nouvelles lois concernant l'alcool au volant ne diminueront pas à moyen et à long terme le taux des accidents de la route si l'on se fie aux statistiques publiées par les pays ayant déjà expérimenté ce genre de mesures.

Les autres types de blessures demeurent relativement stables et ne sont pas généralement reliées aux accidents routiers.

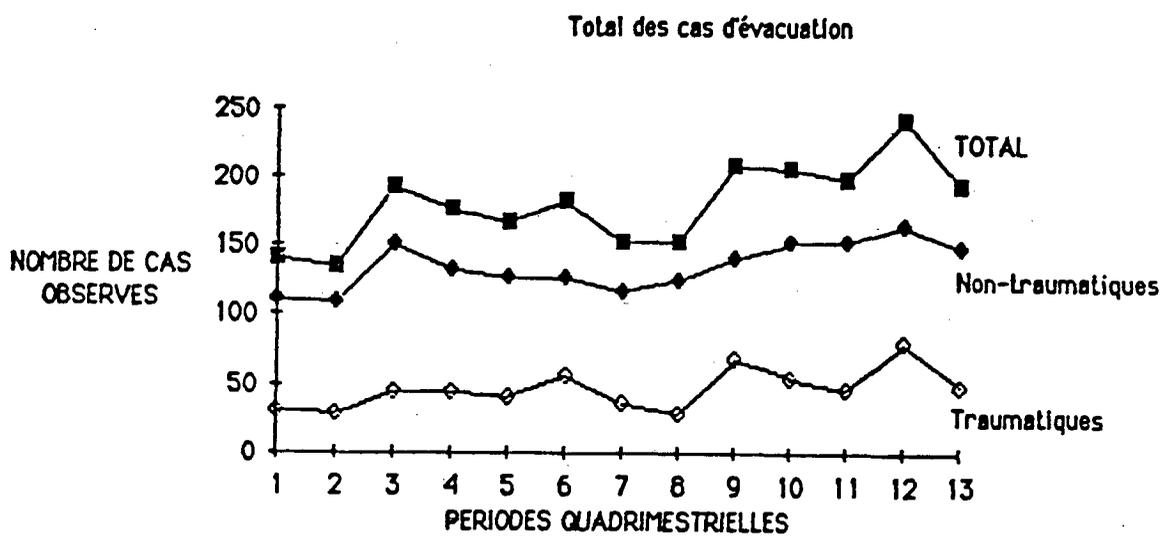
TABLEAU - 2.0

EVOLUTION QUADRIMESTRIELLE DES CAS D'EVACUATION
PAR TYPE DE PATHOLOGIE
De septembre 1981 à décembre 1985
(En nombres et en pourcents)

	Sept 81	Janv 82	Mai 82	Sept 82	Janv 83	Mai 83	Sept 83	Janv 84	Mai 84	Sept 84	Janv 85	Mai 85	Sept 85	TOTAL
	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	Déc 81	Avr. 82	Août 82	Déc 82	Avr. 83	Août 83	Déc 83	Avr. 84	Août 84	Déc 84	Avr. 85	Août 85	Déc 85	
CAS DE PATHOLOGIES NON-TRAUMATIQUES														
CARDIO-RESP.	31	30	36	29	33	33	35	33	47	38	50	59	49	503
%	22%	22%	19%	16%	20%	18%	23%	22%	23%	18%	25%	24%	25%	21%
DIGESTIVES	18	13	21	15	17	18	9	11	12	6	16	23	15	194
%	13%	10%	11%	9%	10%	10%	6%	7%	6%	3%	8%	9%	8%	8%
NEO-NATALES	5	8	22	16	20	13	16	13	10	21	8	11	12	175
%	4%	6%	11%	9%	12%	7%	10%	8%	5%	10%	4%	5%	6%	7%
NEUROLOGIQUES	25	18	23	26	20	25	19	24	33	36	25	30	29	333
%	18%	13%	12%	15%	12%	14%	12%	16%	16%	17%	13%	12%	15%	14%
GYNECO-OBST.	10	21	22	17	17	14	9	16	13	22	25	20	17	223
%	7%	16%	11%	10%	10%	8%	6%	10%	6%	11%	13%	8%	9%	9%
AUTRES	22	18	26	29	19	24	29	28	26	29	29	22	26	327
%	16%	13%	13%	16%	11%	13%	19%	18%	13%	14%	15%	9%	13%	14%
SOUS-TOTAL DES CAS DE PATHOLOGIES NON-TRAUMATIQUES														
SOUS-TOT.	111	108	150	132	126	127	117	125	141	152	153	165	148	1755
%	79%	80%	78%	75%	76%	69%	76%	82%	68%	74%	77%	68%	76%	75%
CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES														
SOUS-TOT.	30	27	43	44	40	56	36	28	67	54	45	78	47	595
%	21%	20%	22%	25%	24%	31%	24%	18%	32%	26%	23%	32%	24%	25%
GRAND TOTAL	141	135	193	176	166	183	153	153	208	206	198	243	195	2350
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 2.1

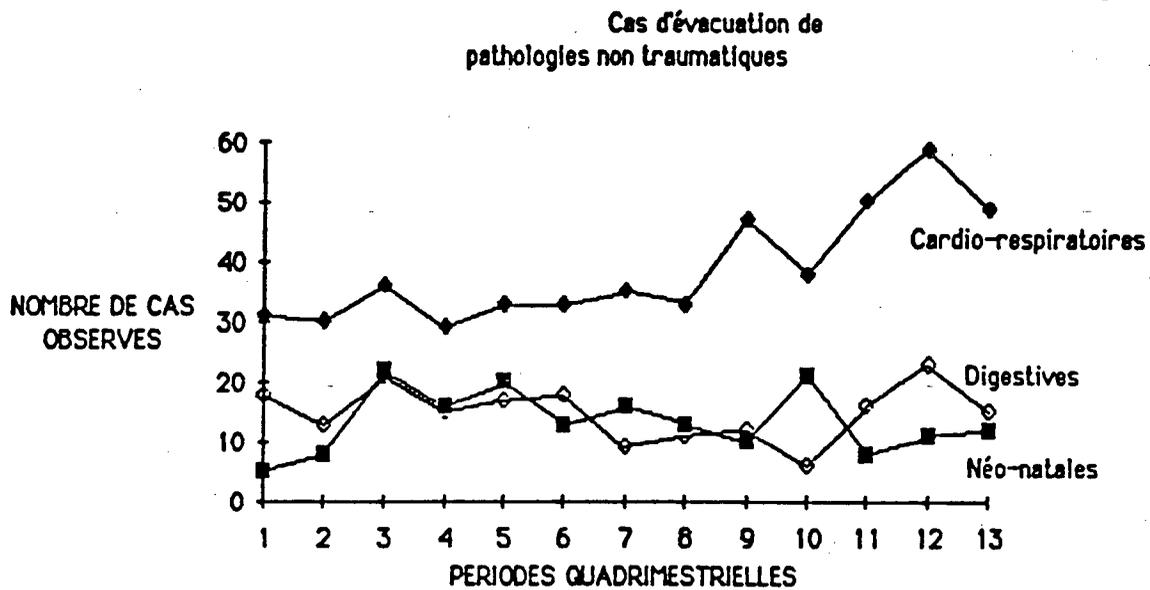


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 ● Déc 81	8 - Janv 84 ● Avr 84
2 - Janv 82 ● Avr 82	9 - Mai 84 ● Août 84
3 - Mai 82 ● Août 82	10 - Sept 84 ● Déc 84
4 - Sept 82 ● Déc 82	11 - Janv 85 ● Avr 85
5 - Janv 83 ● Avr 83	12 - Mai 85 ● Août 85
6 - Mai 83 ● Août 83	13 - Sept 85 ● Déc 85
7 - Sep 83 ● Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUÉBEC)

CTAMQ
TABLEAU 2.2

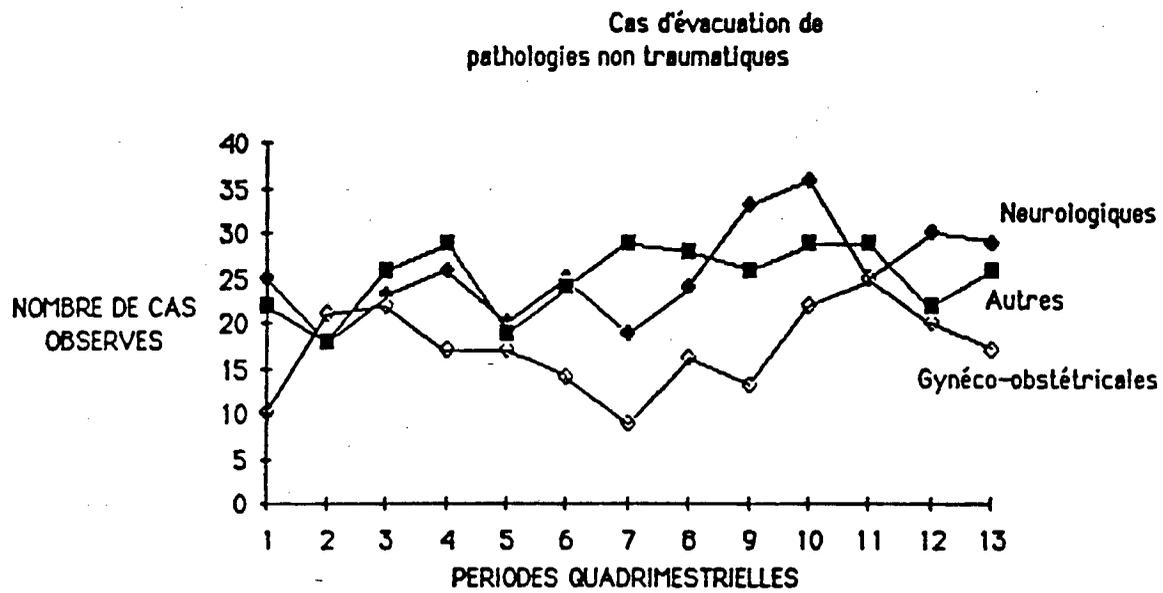


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81	8 - Janv 84 • Avr 84
2 - Janv 82 • Avr 82	9 - Mai 84 • Août 84
3 - Mai 82 • Août 82	10 - Sept 84 • Déc 84
4 - Sept 82 • Déc 82	11 - Janv 85 • Avr 85
5 - Janv 83 • Avr 83	12 - Mai 85 • Août 85
6 - Mai 83 • Août 83	13 - Sept 85 • Déc 85
7 - Sep 83 • Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 2.3

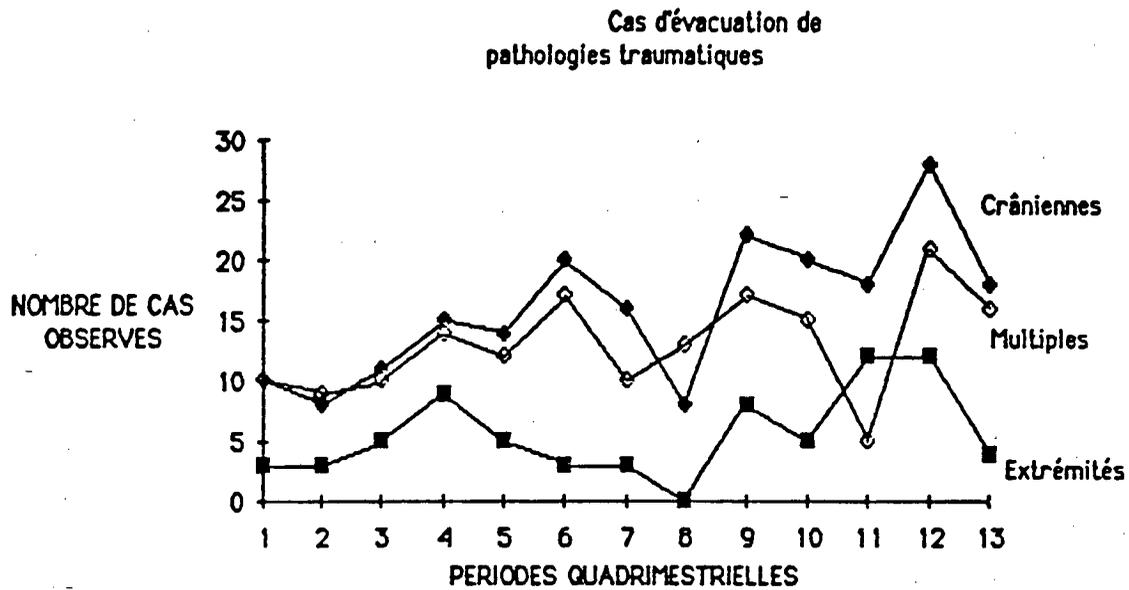


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Sept 81 • Déc 81 | 8 - Janv 84 • Avr 84 |
| 2 - Janv 82 • Avr 82 | 9 - Mai 84 • Août 84 |
| 3 - Mai 82 • Août 82 | 10 - Sept 84 • Déc 84 |
| 4 - Sept 82 • Déc 82 | 11 - Janv 85 • Avr 85 |
| 5 - Janv 83 • Avr 83 | 12 - Mai 85 • Août 85 |
| 6 - Mai 83 • Août 83 | 13 - Sept 85 • Déc 85 |
| 7 - Sep 83 • Déc 83 | |

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 2.4

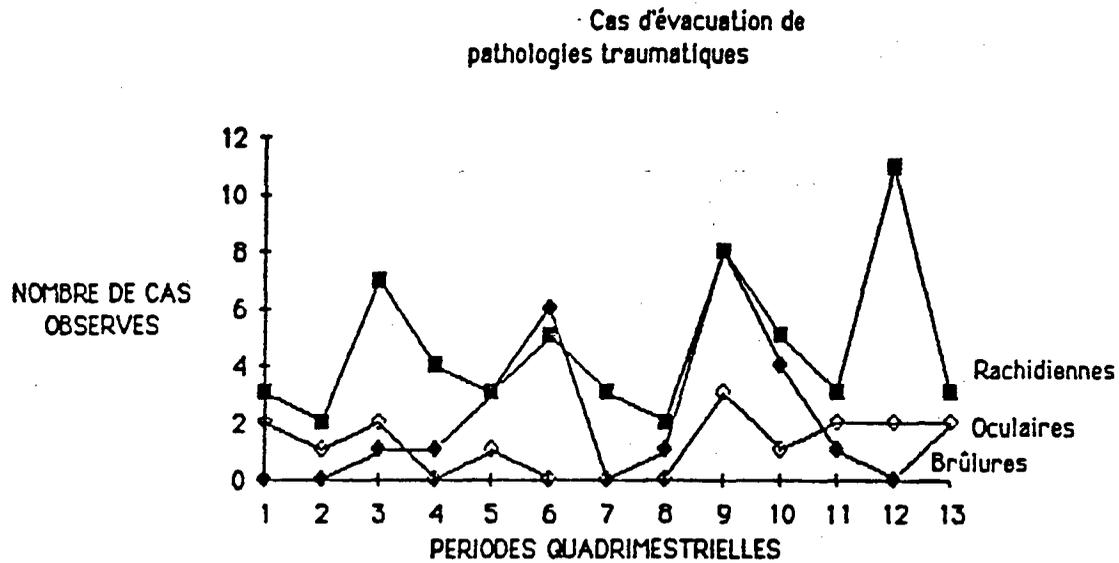


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81	8 - Janv 84 • Avr 84
2 - Janv 82 • Avr 82	9 - Mai 84 • Août 84
3 - Mai 82 • Août 82	10 - Sept 84 • Déc 84
4 - Sept 82 • Déc 82	11 - Janv 85 • Avr 85
5 - Janv 83 • Avr 83	12 - Mai 85 • Août 85
6 - Mai 83 • Août 83	13 - Sept 85 • Déc 85
7 - Sep 83 • Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 2.5

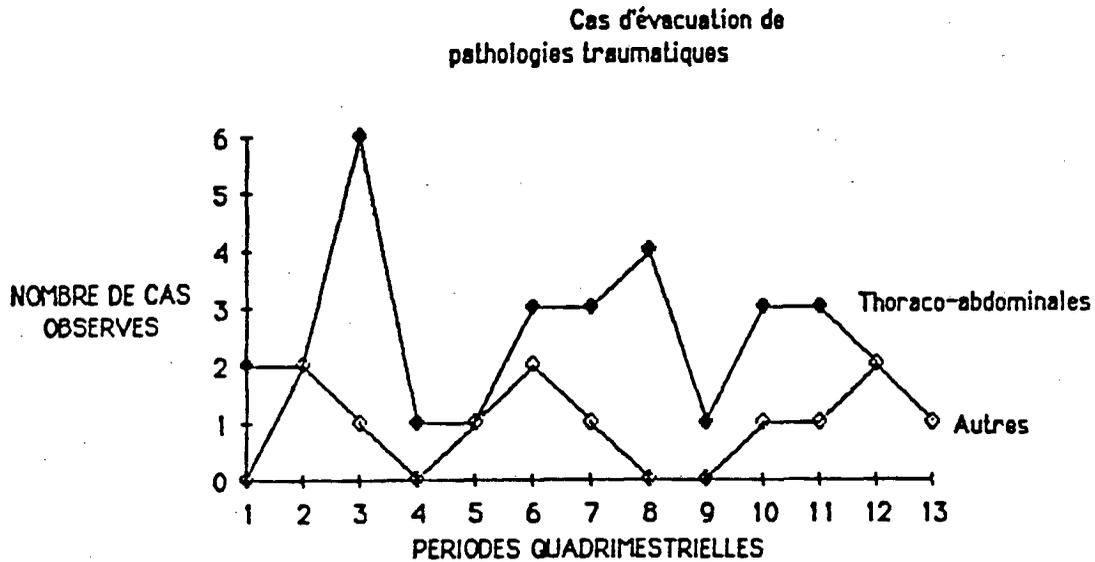


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81	8 - Janv 84 • Avr 84
2 - Janv 82 • Avr 82	9 - Mai 84 • Août 84
3 - Mai 82 • Août 82	10 - Sept 84 • Déc 84
4 - Sept 82 • Déc 82	11 - Janv 85 • Avr 85
5 - Janv 83 • Avr 83	12 - Mai 85 • Août 85
6 - Mai 83 • Août 83	13 - Sept 85 • Déc 85
7 - Sep 83 • Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 2.6



LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81	8 - Janv 84 • Avr 84
2 - Janv 82 • Avr 82	9 - Mai 84 • Août 84
3 - Mai 82 • Août 82	10 - Sept 84 • Déc 84
4 - Sept 82 • Déc 82	11 - Janv 85 • Avr 85
5 - Janv 83 • Avr 83	12 - Mai 85 • Août 85
6 - Maj 83 • Août 83	13 - Sept 85 • Déc 85
7 - Sep 83 • Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

EVOLUTION DE LA MOYENNE D'AGE

L'âge moyen des malades transportés par le système EVAQ tel que le démontrent les tableaux 3.0 et 3.1, a tendance à augmenter rapidement. Cette constatation est conforme au phénomène général du vieillissement de la population et au faible taux de natalité qui lui, contribue à diminuer les cas de néo-natalogie. Il faut toutefois remarquer que le système transporte habituellement des malades jeunes, donc des citoyens ayant un grand potentiel de productivité.

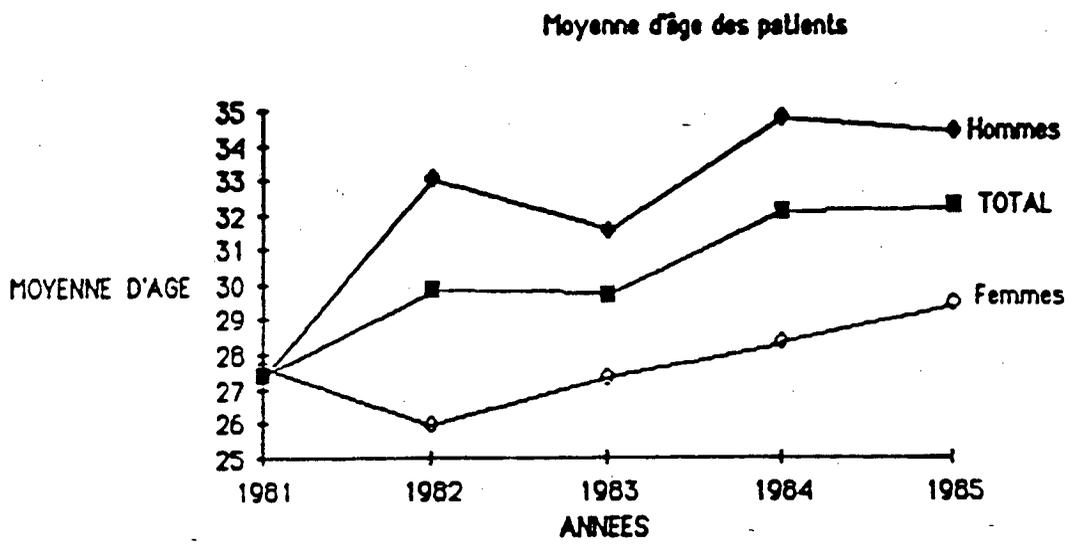
CTAMQ
TABLEAU - 3.0

MOYENNE D'AGE DES PATIENTS SELON LE SEXE
Période de 1981 à 1985
(En nombres)

	1981	1982	1983	1984	1985
HOMMES	27.30	33.00	31.50	34.80	34.40
FEMMES	27.60	25.90	27.30	28.30	29.40
TOTAL	27.40	29.80	29.70	32.10	32.20

SOURCE: Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 3.1



b) EVOLUTIONS MENSUELLES (COURBE DE REGRESSION)

Les tableaux 4.0 et 4.1 illustrent la tendance à long terme de l'utilisation du système. La sophistication de la technologie médicale et l'expertise des escortes font que les contrindications techniques au transport aérien des grands malades diminuent constamment. Le nombre de malades transportés par EVAQ croît lentement mais non régulièrement: ainsi, le système est à la merci des urgences les plus diverses et les plus aléatoires; de plus, il subit les contre-coups de l'arrivée massive de jeunes médecins inexpérimentés dans les régions périphériques: on peut d'ailleurs remarquer une "vague" en 1985, année pendant laquelle le Ministère des Affaires sociales a mis l'accent sur l'acheminement d'effectifs médicaux en périphérie.

Ces évolutions irrégulières de la demande exigent un système souple dont la capacité d'absorption est grande. Le système actuel suffit maintenant à peine à combler cette exigence; il s'approche sérieusement de sa limite. L'Avion-ambulance, C-FSEN, ne peut transporter simultanément que deux malades adultes ce qui l'oblige à revenir à Québec ou à Montréal avant de pouvoir répondre à d'autres appels urgents faute d'espace à bord. Cela signifie une disponibilité de moins en moins grande à mesure que la demande augmente.

Cet état de fait qui restreint de plus en plus la disponibilité du système favorise l'utilisation anarchique d'autres moyens de transport moins sécuritaires, voire dangereux et plus coûteux, pour les malades urgents des différentes régions du Québec. Ainsi, certains malades instables doivent être transportés sur des vols nolisés dispendieux, à bord d'aéronefs souvent non présurisés, mal équipés et en compagnie d'escortes inexpérimentées et non formées en médecine aéronautique.

CTAMQ
TABLEAU -4.0

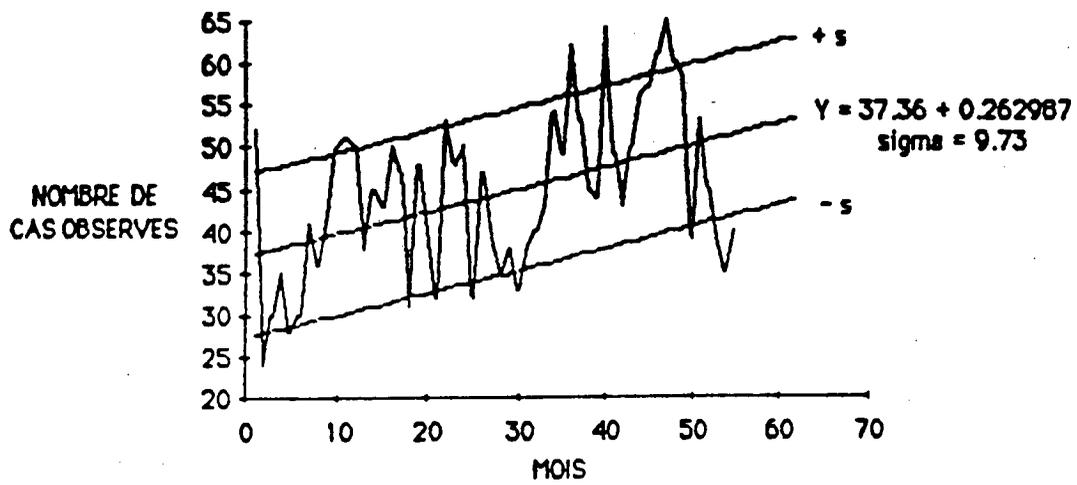
EVOLUTION MENSUELLE DES CAS DE VACUATION
De septembre 1981 à mars 1986
(En nombres)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986
JANVIER		28	47	38	49	39
FEVRIER		30	31	33	43	35
MARS		41	48	38	50	40
AVRIL		36	40	40	56	
MAI		42	32	43	57	
JUIN		50	53	54	61	
JUILLET		51	48	49	65	
AOUT		50	50	62	60	
SEPTEMBRE	52	38	32	53	58	
OCTOBRE	24	45	47	45	39	
NOVEMBRE	30	43	39	44	53	
DECEMBRE	35	50	35	64	45	
TOTAL	141	504	502	563	636	114

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

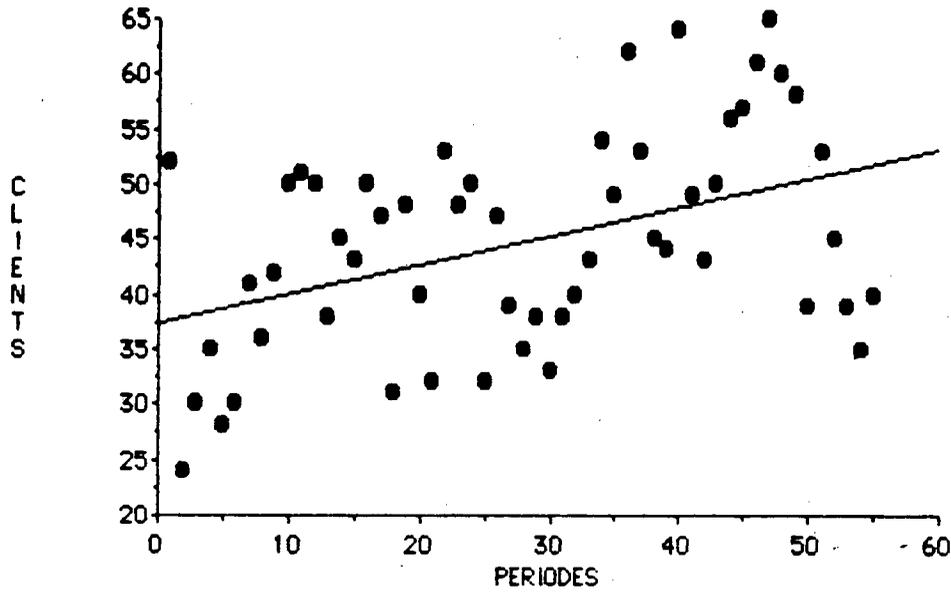
CTAMQ
TABLEAU 4.1

Evolution mensuelle
des cas d'évacuation



View of Untitled-2

$y = .263x + 37.364$ R-squared: .188



View of Untitled-2

Simple - Y : CLIENTS X : PERIODES

28

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
54	.188	8.849	19.785

Beta Coefficient Table

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	37.364	2.419	5.853	15.444
SLOPE	.263	.075	.006	3.499

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	958.588	958.588	12.241
RESIDUAL	53	4150.321	78.308	.0001 < p ≤ .005
TOTAL	54	5108.909		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
5222.046	29	26	1.258

PROJECTION DES DONNEES DE LA CLIENTELE

MOIS	1981	1982	1983	1984	1985	1988
1		28	47	38	49	57
2		30	31	33	43	58
3		41	48	38	50	58
4		36	40	40	56	58
5		42	32	43	57	59
6		50	53	54	61	59
7		51	48	49	65	59
8		50	50	62	60	59
9	52	38	32	53	58	60
10	24	45	47	45	39	60
11	30	43	39	44	53	60
12	35	50	35	64	45	61
	141	504	502	563	636	708

Valeurs de	X	Y
1	2	504
2	4	563
3	5	636

CALCUL

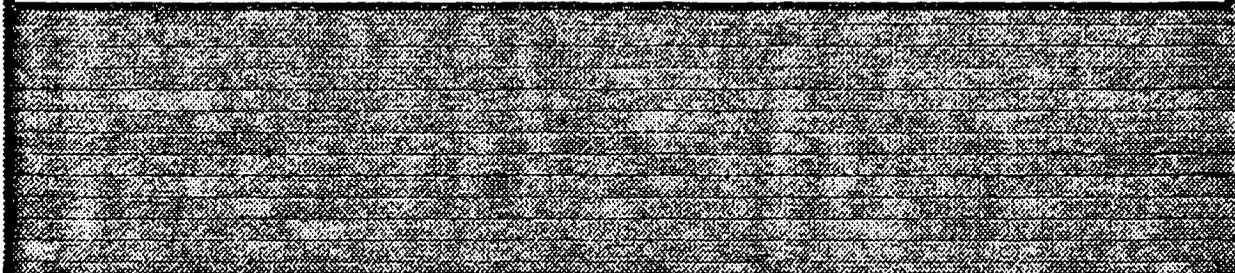
- Un à Un
- Série

Calcul en série

X de départ

Interval de calcul

Nombre de valeurs à calculer



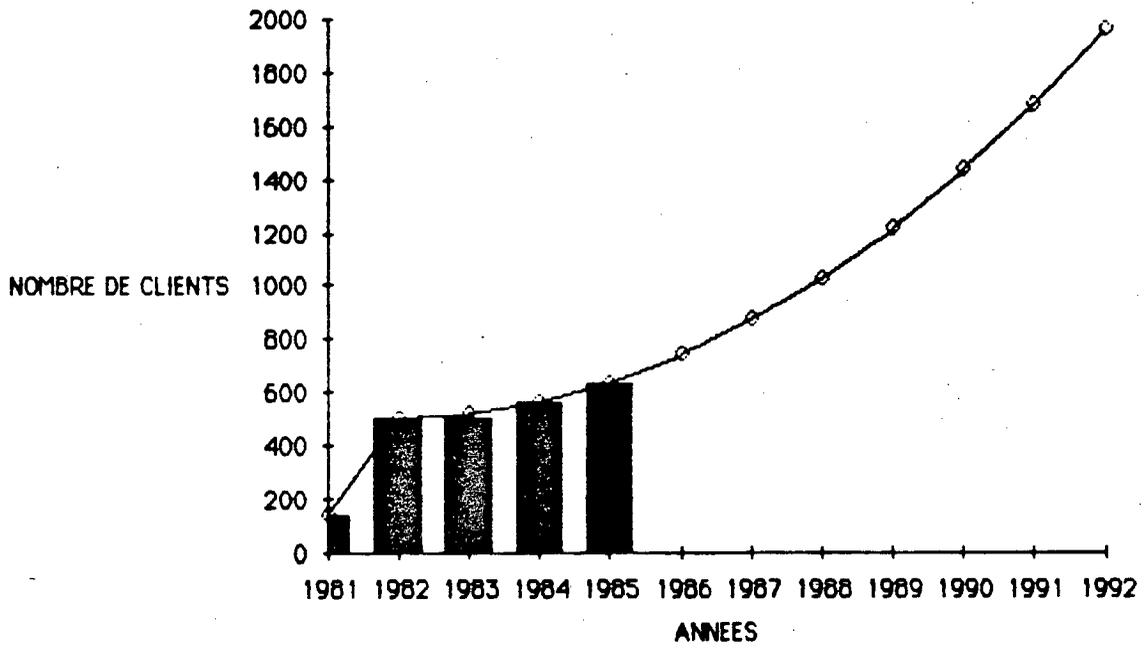
$$Y = 14.5 * X^2 - 57.5 * X + 561$$

La fonction est MIN. pour X= 1.982759
et Y= 503.9957

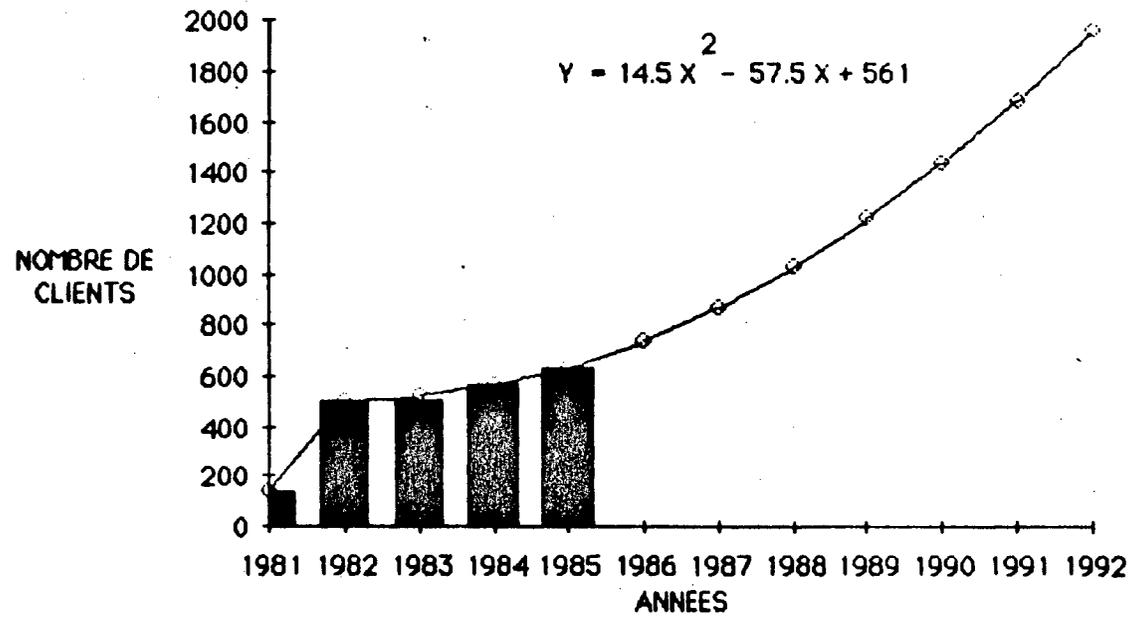
Résultats	
X	Y
3	519
4	563
5	636
6	738
7	869
8	1029
9	1218
10	1436
11	1683
12	1959
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0

Pressez sur n'importe quelle touche
Pour avoir les autres valeurs.

CTAMQ - Prévisions



CTAMQ - Prévisions



C) EVOLUTIONS REGIONALES

Les tableaux 5.0, 5.1 et 5.2 illustrent que, en dehors des grands centres, les régions les plus peuplées utilisent de plus en plus le système EVAQ.

Ainsi, il ressort très clairement que l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte Nord et la Gaspésie ont un taux d'utilisation de notre système franchement à la hausse alors que les autres régions demeurent stables. Le Nouveau-Brunswick fait partie de ces régions stables.

L'évolution annuelle totale illustrée au tableau 5.2 confirme la croissance du service. Il faut toutefois souligner que la grande différence entre les années 1981-1982 est due au fait que le service n'a opéré qu'à partir du 1er septembre 1981.

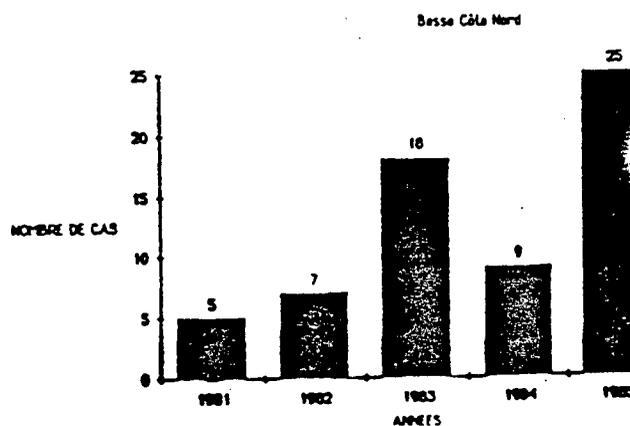
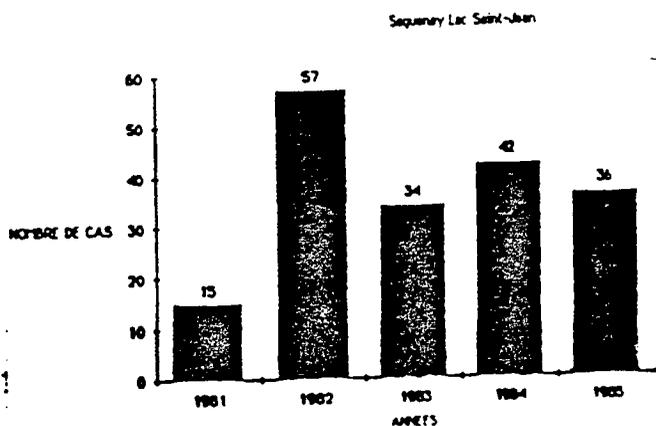
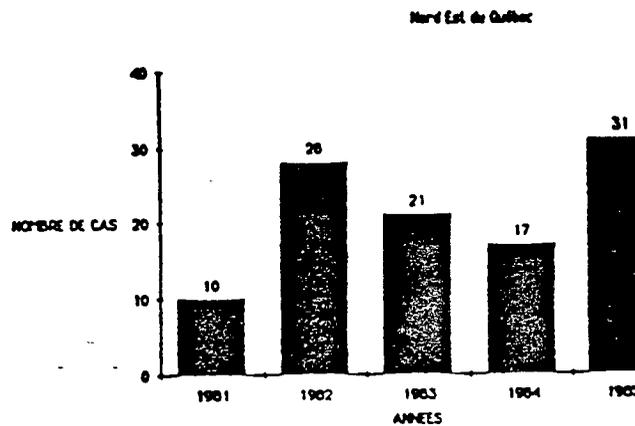
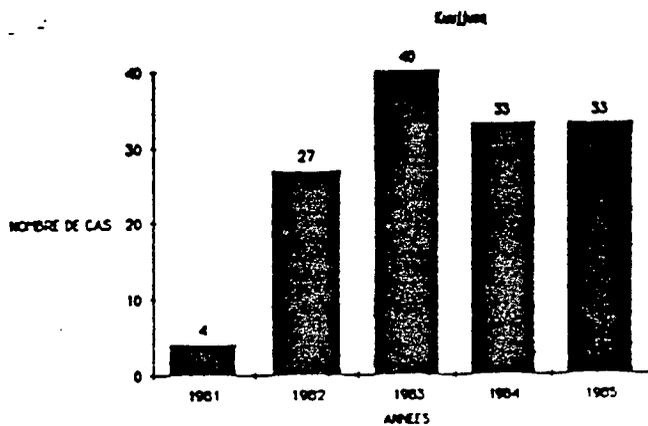
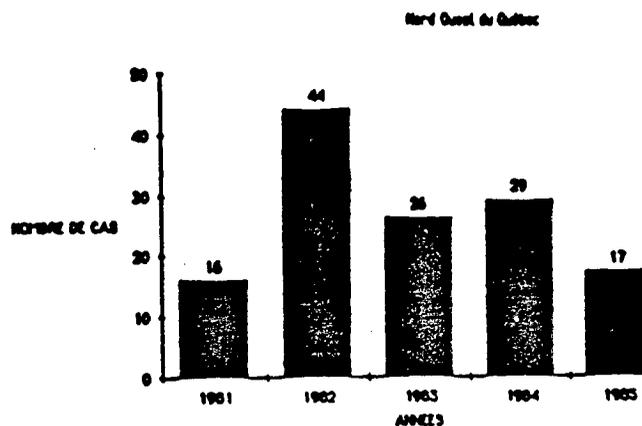
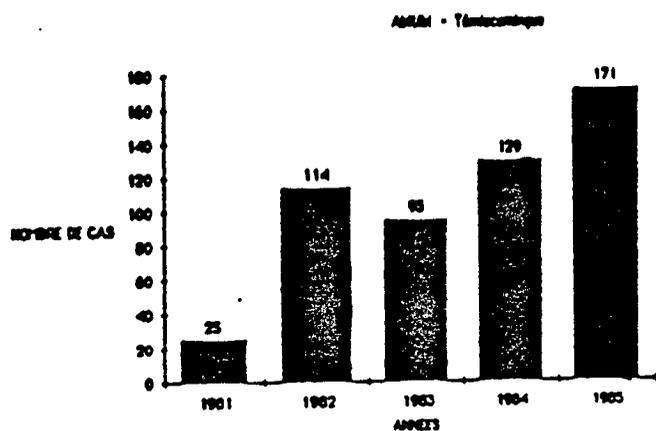
CTAMQ
TABLEAU - 5.0

EVOLUTION ANNUELLE DES CAS D'EVACUATION PAR REGION
De septembre 1981 à décembre 1985
(En nombres)

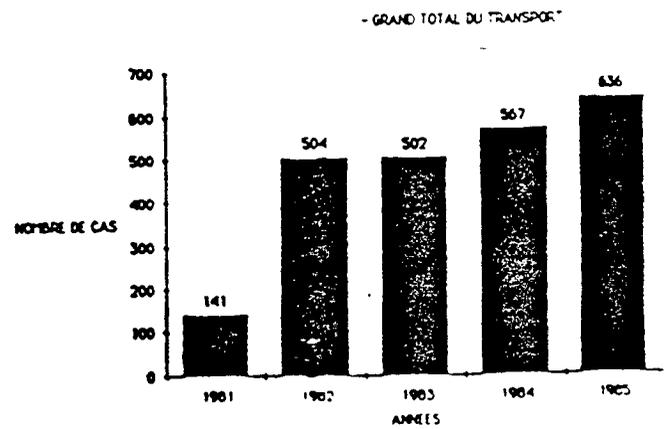
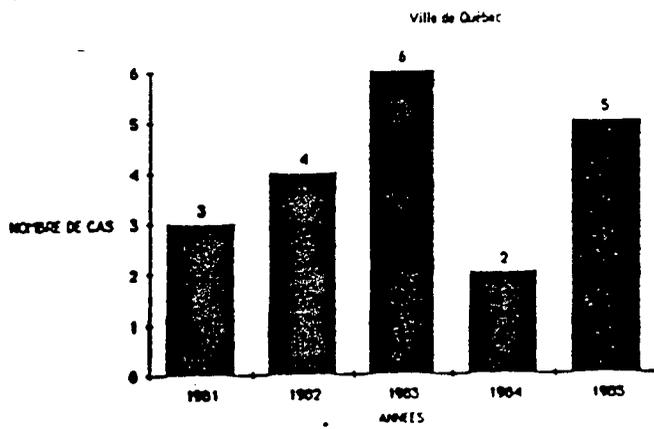
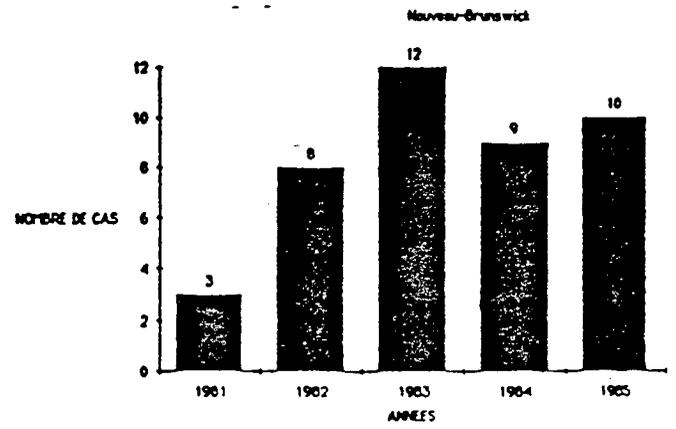
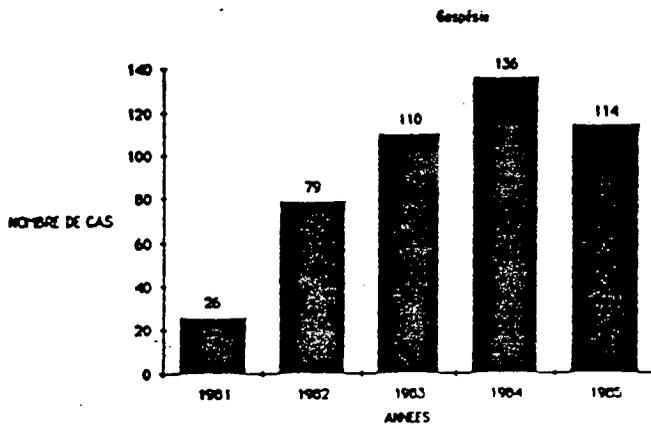
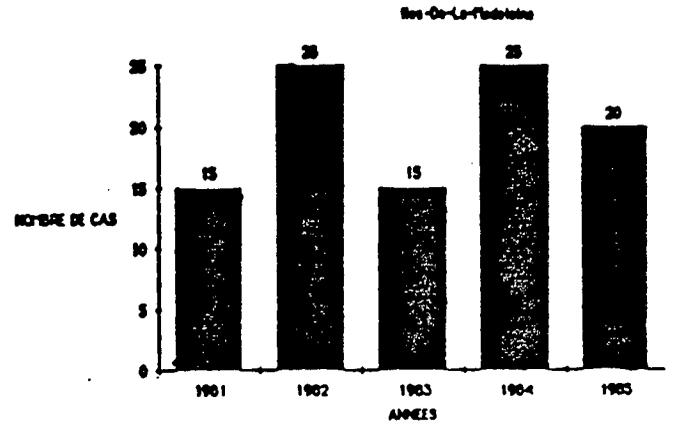
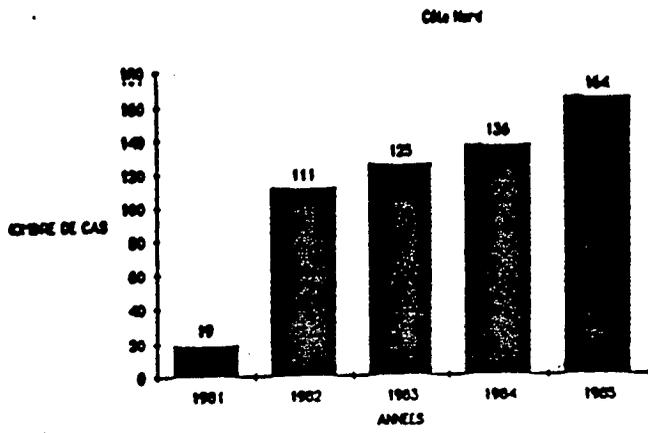
REGIONS	1981	1982	1983	1984	1985
ABITIBI-TEMISCAMINGUE	25	114	95	129	171
NORD - OUEST DU QUEBEC	16	44	26	29	17
KULUJUAQ	4	27	40	33	33
NORD - EST DU QUEBEC	10	28	21	17	31
SAGUENAY LAC SAINT-JEAN	15	57	34	42	36
BASSE COTE NORD	5	7	18	9	25
COTE NORD	19	111	125	136	164
ILES-DE-LA-MADELEINE	15	25	15	25	20
GASPESIE	26	79	110	136	114
NOUVEAU-BRUNSWICK	3	8	12	9	10
VILLE DE QUEBEC	3	4	6	2	5
GRAND TOTAL DU TRANSPORT	141	504	502	567	636

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence . E. J. Enc. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 5.1



CTAMQ
TABLEAU 5.2



1.- EVOLUTION QUADRIMESTRIELLE DES 3 GRANDES REGIONS.

Les tableaux 6.0, 6.0.1 et 6.1 font ressortir l'influence primordiale des trois régions les plus utilisatrices sur l'ensemble des activités d'EVAQ. L'Abitibi-Témiscamingue, la Côte Nord et la Gaspésie influencent directement et dans une proportion d'environ 75% les activités d'EVAQ. Cette constatation va, elle aussi, de pair avec la répartition de la population sur le territoire desservi.

2.- EVOLUTION QUADRIMESTRIELLE DE L'ABITIBI-TEMISCAMINGUE.

Le tableau 6.2 illustre la courbe d'évolution de l'Abitibi-Témiscamingue. Les tableaux 6.3, 6.4 et 6.5 détaillent les types de pathologies et permettent de constater que c'est dans cette région que le nombre de cas traumatiques est le plus élevé et qu'il approche le plus les cas non traumatiques; cette constatation devient évidente si l'on compare le tableau 6.3 avec les tableaux 6.5 et 6.9.

Selon les directives actuelles, cette forte utilisation du système par l'Abitibi-Témiscamingue implique un très grand nombre de cas transportés à Montréal; comme les escortes doivent accompagner les malades au centre-ville de Montréal elles sont ainsi moins disponibles pour une mission éventuelle. Considérant l'existence du réseau médicalisé d'Urgence Santé dans la métropole, le comité devrait recommander au Ministère de la Santé et des Services Sociaux d'entreprendre des démarches afin qu'Urgence Santé fournisse toujours les escortes médicales lorsque requises et non pas seulement lorsqu'une mission supplémentaire est déjà connue, comme c'est le cas actuellement.

3.- EVOLUTION QUADRIMESTRIELLE DE LA COTE NORD

Le tableau 6.0 fait ressortir l'importance de cette région. Le tableau 6.6 différencie les cas traumatiques et les cas non traumatiques: ces courbes sont assez caractéristiques, toutes proportions gardées, de l'ensemble des régions et montrent une certaine progression des cas non traumatiques. Le tableau 6.7 illustre le rôle important des pathologies cardiaques dans l'accroissement de l'ensemble des pathologies non traumatiques. Quant au tableau 6.8 il ne fait que confirmer ce que nous savions déjà sur l'ensemble des cas traumatiques à savoir: la prévalence des traumatismes crâniens et multiples sur les autres cas.

4.- EVOLUTION QUADRIMESTRIELLE DE LA GASPESIE.

Le tableau 6.0 nous illustre le rôle important que joue la Gaspésie dans les activités d'EVAQ. Cependant, ce rôle semble diminuer quelque peu depuis mai 1984. Nous savons que cette région s'est assurée les services de médecins spécialistes itinérants, ce qui permet le traitement sur place de certaines pathologies qui devaient auparavant être acheminées à Québec par nos services.

Les tableaux 6.9, 6.10 et 6.11 ne nous apprennent que peu de choses à part le fait que cette région a probablement atteint sa "vitesse de croisière" quant à l'utilisation de nos services.

CTAMQ

TABEAU -6.0

41

EVOLUTION QUADRIMESTRIELLE DES PRINCIPAUX CAS D'EVACUATION
 IMPORTANCE RELATIVE DES TROIS PRINCIPALES REGIONS UTILISATRICES
 De septembre 1981 à décembre 1985
 (En nombres)

	Sept 81	Janv 82	Mai 82	Sept 82	Janv 83	Mai 83	Sept 83	Janv 84	Mai 84	Sept 84	Janv 85	Mai 85	Sept 85	TOTAL
	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	Déc 81	Avr. 82	Août 82	Déc 82	Avr. 83	Août 83	Déc 83	Avr. 84	Août 84	Déc 84	Avr. 85	Août 85	Déc 85	
REGION DE L'ABITIBI - TEMISCAMINGUE														
CAS DE PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES														
CARDIAQUES	1	3	5	2	5	3	5	5	6	5	7	10	11	68
NEO-NATALES	0	1	2	1	1	1	0	0	2	3	0	2	3	16
NEUROLOGIQUES	9	4	4	5	5	5	5	9	9	7	9	9	11	91
GYNECO-OBST.	0	3	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	7
S-TOT-NON-TR	18	18	23	26	22	13	19	24	31	30	27	45	42	338
CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES														
CRANIENNES	1	5	4	6	2	3	8	2	8	5	7	13	4	68
MULTIPLES	3	3	5	6	5	6	2	4	7	2	1	16	6	66
S-TOT-TRAUM.	7	11	17	14	10	13	12	9	24	11	11	38	15	192
TOT-REGIONAL	25	29	40	40	32	26	31	33	55	41	38	83	57	530
REGION DE LA COTE-NORD														
CAS DE PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES														
CARDIAQUES	2	4	9	5	7	5	5	5	9	9	15	11	13	99
NEO-NATALES	0	2	2	2	5	1	4	5	2	2	1	3	1	30
NEUROLOGIQUES	5	2	1	7	4	4	7	3	7	6	8	7	6	67
GYNECO-OBST.	3	7	8	5	4	8	1	7	5	10	10	11	7	86
S-TOT-NON-TR	17	21	35	35	30	34	30	25	33	43	51	42	35	431
CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES														
CRANIENNES	2	1	3	4	5	4	4	3	6	3	4	4	5	48
MULTIPLES	0	1	1	2	0	5	1	3	2	2	1	0	5	23
S-TOT-TRAUM.	2	3	7	10	8	18	5	7	14	14	14	10	12	124
TOT-REGIONAL	19	24	42	45	38	52	35	32	47	57	65	52	47	555
REGION DE LA GASPESIE														
CAS DE PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES														
CARDIAQUES	0	2	3	2	4	2	1	4	3	1	5	4	0	31
NEO-NATALES	3	2	6	3	7	5	5	5	1	9	4	4	4	58
NEUROLOGIQUES	2	4	8	5	5	6	4	7	10	11	6	6	7	81
GYNECO-OBST.	1	0	5	4	3	5	3	2	3	2	4	5	3	40
S-TOT-NON-TR	21	12	30	21	23	30	26	34	32	33	31	30	24	347
CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES														
CRANIENNES	1	1	1	2	5	6	3	2	5	4	4	5	2	41
MULTIPLES	3	2	2	1	2	3	5	5	5	3	2	4	2	39
S-TOT-TRAUM.	5	4	7	5	10	11	10	9	19	9	8	15	6	118
TOT-REGIONAL	26	16	37	26	33	41	36	43	51	42	39	45	30	465
TOTAL DES TROIS PRINCIPALES REGIONS														
CAS NON-TR	56	51	88	82	75	77	75	83	96	106	109	117	101	1116
CAS TRAUM.	14	18	31	29	28	42	27	25	57	34	33	63	33	434
TOT-3-REGIONS	70	69	119	111	103	119	102	108	153	140	142	180	134	1550
TOT-QUEBEC														
CAS NON-TR	111	108	150	132	126	127	117	125	141	152	153	165	148	1755
CAS TRAUM.	30	27	43	44	40	36	36	28	67	34	45	78	47	593
GRAND-TOTAL	141	135	193	176	166	183	153	153	208	206	198	243	195	2350

CTAMQ
TABLEAU - 6.0.1

42

EVOLUTION QUADRIMESTRIELLE DES CAS D'EVACUATION
IMPORTANCE RELATIVE DES TROIS PRINCIPALES REGIONES UTILISATRICES
De septembre 1981 à décembre 1985
(En nombres et pourcents)

Sept 81 ● Déc 81	Janv 82 ● Avr. 82	Mai 82 ● Août 82	Sept 82 ● Déc 82	Janv 83 ● Avr. 83	Mai 83 ● Août 83	Sept 83 ● Déc 83	Janv 84 ● Avr. 84	Mai 84 ● Août 84	Sept 84 ● Déc 84	Janv 85 ● Avr. 85	Mai 85 ● Août 85	Sept 85 ● Déc 85	TOTAL
REGION DE L'ABITIBI - TEMISCAMINGUE													
CAS DE PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES													
18	18	23	26	22	13	19	24	31	30	27	45	42	338
% 16%	% 17%	% 15%	% 20%	% 17%	% 10%	% 16%	% 19%	% 22%	% 20%	% 18%	% 27%	% 28%	% 19%
CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES													
7	11	17	14	10	13	12	9	24	11	11	38	15	192
% 23%	% 41%	% 40%	% 32%	% 25%	% 23%	% 33%	% 32%	% 36%	% 20%	% 24%	% 49%	% 32%	% 32%
TOTAL DE LA REGION													
25	29	40	40	32	26	31	33	55	41	38	83	57	530
% 18%	% 21%	% 21%	% 23%	% 19%	% 14%	% 20%	% 22%	% 26%	% 20%	% 19%	% 34%	% 29%	% 23%
REGION DE LA COTE-NORD													
CAS DE PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES													
17	21	35	35	30	34	30	25	33	43	51	42	35	431
% 15%	% 19%	% 23%	% 27%	% 24%	% 27%	% 26%	% 20%	% 23%	% 28%	% 33%	% 25%	% 24%	% 25%
CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES													
2	3	7	10	8	18	5	7	14	14	14	10	12	124
% 7%	% 11%	% 16%	% 23%	% 20%	% 32%	% 14%	% 25%	% 21%	% 26%	% 31%	% 13%	% 26%	% 21%
TOTAL DE LA REGION													
19	24	42	45	38	52	35	32	47	57	65	52	47	555
% 13%	% 18%	% 22%	% 26%	% 23%	% 28%	% 23%	% 21%	% 23%	% 28%	% 33%	% 21%	% 24%	% 24%
REGION DE LA GASPESIE													
CAS DE PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES													
21	12	30	21	23	30	26	34	32	33	31	30	24	347
% 19%	% 11%	% 20%	% 16%	% 18%	% 24%	% 22%	% 27%	% 23%	% 22%	% 20%	% 18%	% 16%	% 20%
CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES													
5	4	7	5	10	11	10	9	19	9	8	15	6	118
% 17%	% 15%	% 16%	% 11%	% 25%	% 20%	% 28%	% 32%	% 28%	% 17%	% 18%	% 19%	% 13%	% 20%
TOTAL DE LA REGION													
26	16	37	26	33	41	36	43	51	42	39	45	30	465

CTAMQ

% 18% 12% 19% 15% 20% 22% 24% 28% 25% 20% 20% 19% 15% 20%

TOTAL DES TROIS PRINCIPALES REGIONS

CAS DE PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES

56 51 88 82 75 77 75 83 96 106 109 117 101 1116
% 50% 47% 59% 62% 60% 61% 64% 66% 68% 70% 71% 71% 68% 64%

CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES

14 18 31 29 28 42 27 25 57 34 33 63 33 434
% 47% 67% 72% 66% 70% 75% 75% 89% 85% 63% 73% 81% 70% 73%

TOTAL DES TROIS PRINCIPALES REGIONS

70 69 119 111 103 119 102 108 153 140 142 180 134 1550
% 50% 51% 62% 63% 62% 65% 67% 71% 74% 68% 72% 74% 69% 66%

TOTAL POUR LE QUEBEC

CAS DE PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES

111 108 150 132 126 127 117 125 141 152 153 165 148 1755
% 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

CAS DE PATHOLOGIES TRAUMATIQUES

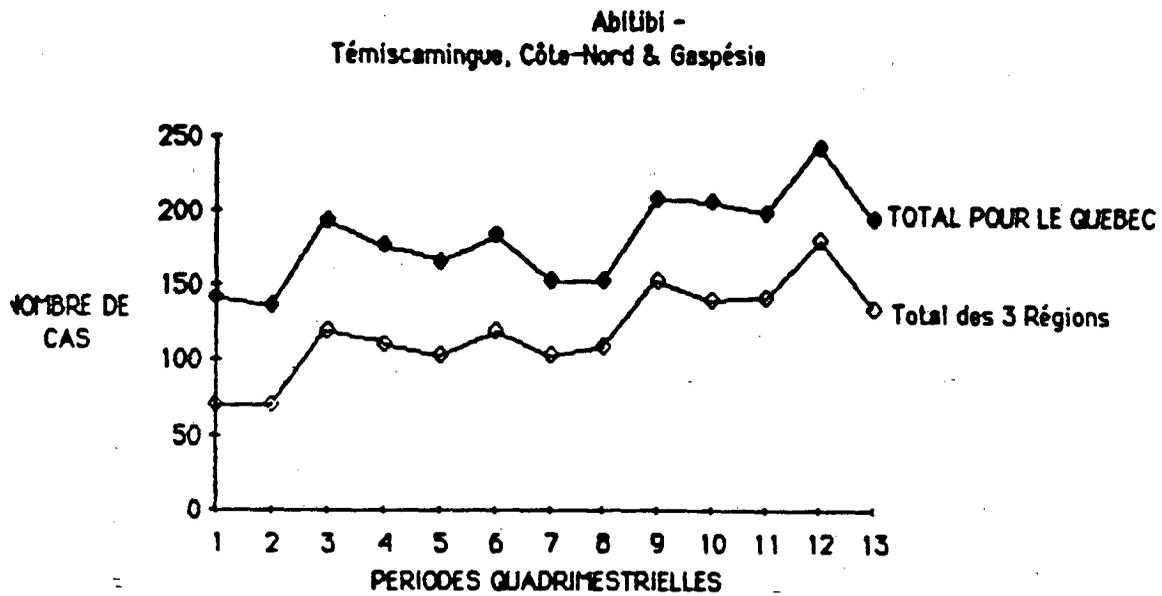
30 27 43 44 40 56 36 28 67 54 45 78 47 595
% 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

GRAND TOTAL POUR LE QUEBEC

141 135 193 176 166 183 153 153 208 206 198 243 195 2350
% 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Emr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.1

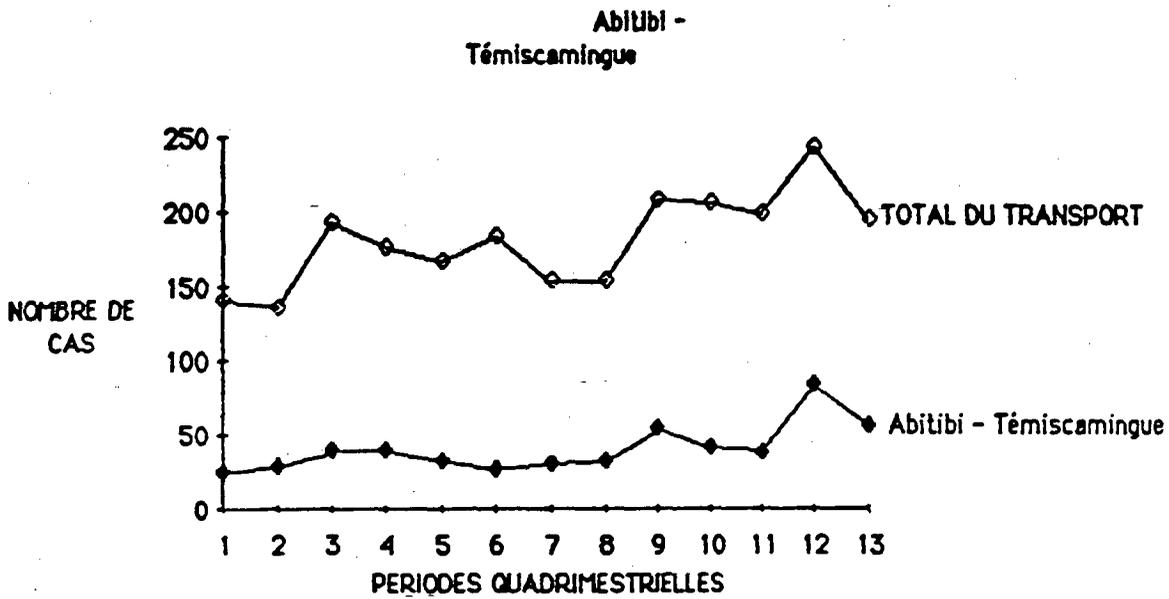


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81	8 - Janv 84 • Avr 84
2 - Janv 82 • Avr 82	9 - Mai 84 • Août 84
3 - Mai 82 • Août 82	10 - Sept 84 • Déc 84
4 - Sept 82 • Déc 82	11 - Janv 85 • Avr 85
5 - Janv 83 • Avr 83	12 - Mai 85 • Août 85
6 - Mai 83 • Août 83	13 - Sept 85 • Déc 85
7 - Sep 83 • Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.2

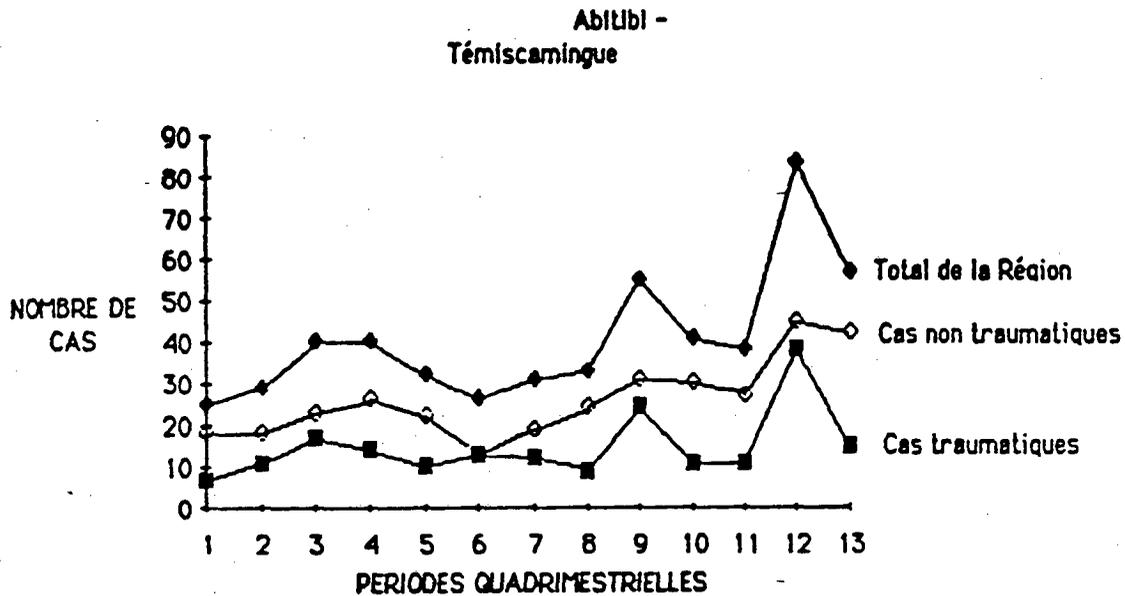


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Sept 81 • Déc 81 | 8 - Janv 84 • Avr 84 |
| 2 - Janv 82 • Avr 82 | 9 - Mai 84 • Août 84 |
| 3 - Mai 82 • Août 82 | 10 - Sept 84 • Déc 84 |
| 4 - Sept 82 • Déc 82 | 11 - Janv 85 • Avr 85 |
| 5 - Janv 83 • Avr 83 | 12 - Mai 85 • Août 85 |
| 6 - Mai 83 • Août 83 | 13 - Sept 85 • Déc 85 |
| 7 - Sep 83 • Déc 83 | |

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.3



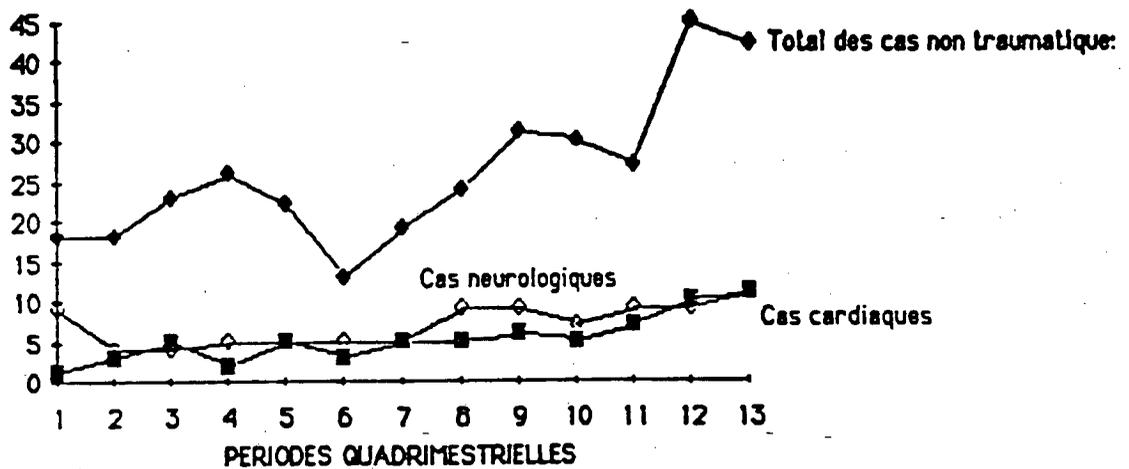
LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81	8 - Janv 84 • Avr 84
2 - Janv 82 • Avr 82	9 - Mai 84 • Août 84
3 - Mai 82 • Août 82	10 - Sept 84 • Déc 84
4 - Sept 82 • Déc 82	11 - Janv 85 • Avr 85
5 - Janv 83 • Avr 83	12 - Mai 85 • Août 85
6 - Mai 83 • Août 83	13 - Sept 85 • Déc 85
7 - Sep 83 • Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.4

Abitibi - Témiscamingue
... Cas de pathologies non traumatiques



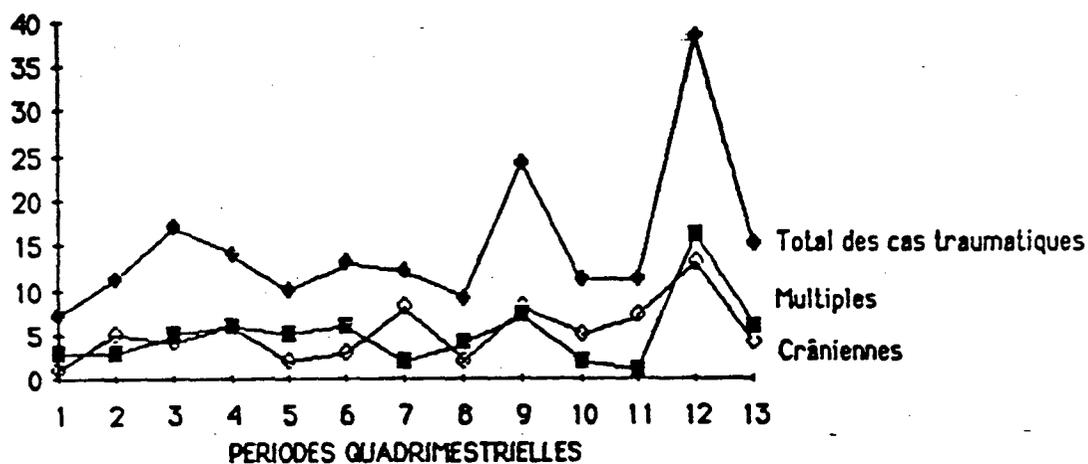
LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Sept 81 • Déc 81 | 8 - Janv 84 • Avr 84 |
| 2 - Janv 82 • Avr 82 | 9 - Mai 84 • Août 84 |
| 3 - Mai 82 • Août 82 | 10 - Sept 84 • Déc 84 |
| 4 - Sept 82 • Déc 82 | 11 - Janv 85 • Avr 85 |
| 5 - Janv 83 • Avr 83 | 12 - Mai 85 • Août 85 |
| 6 - Mai 83 • Août 83 | 13 - Sept 85 • Déc 85 |
| 7 - Sep 83 • Déc 83 | |

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.5

Abitibi - Témiscamingue
... Cas de pathologies traumatiques

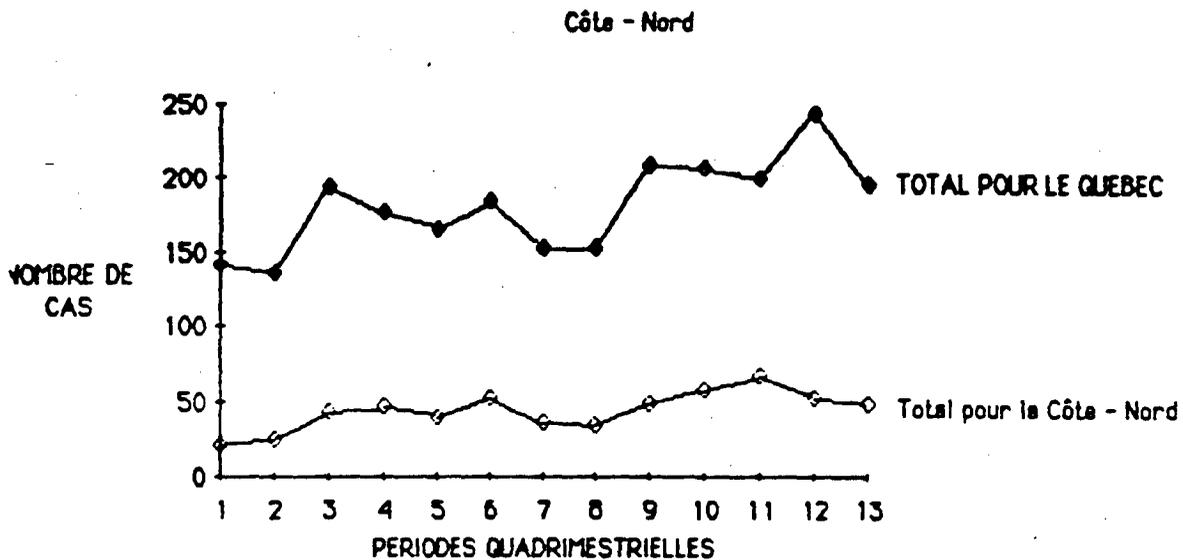


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Sept 81 • Déc 81 | 8 - Janv 84 • Avr 84 |
| 2 - Janv 82 • Avr 82 | 9 - Mai 84 • Août 84 |
| 3 - Mai 82 • Août 82 | 10 - Sept 84 • Déc 84 |
| 4 - Sept 82 • Déc 82 | 11 - Janv 85 • Avr 85 |
| 5 - Janv 83 • Avr 83 | 12 - Mai 85 • Août 85 |
| 6 - Mai 83 • Août 83 | 13 - Sept 85 • Déc 85 |
| 7 - Sep 83 • Déc 83 | |

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enn, (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.6

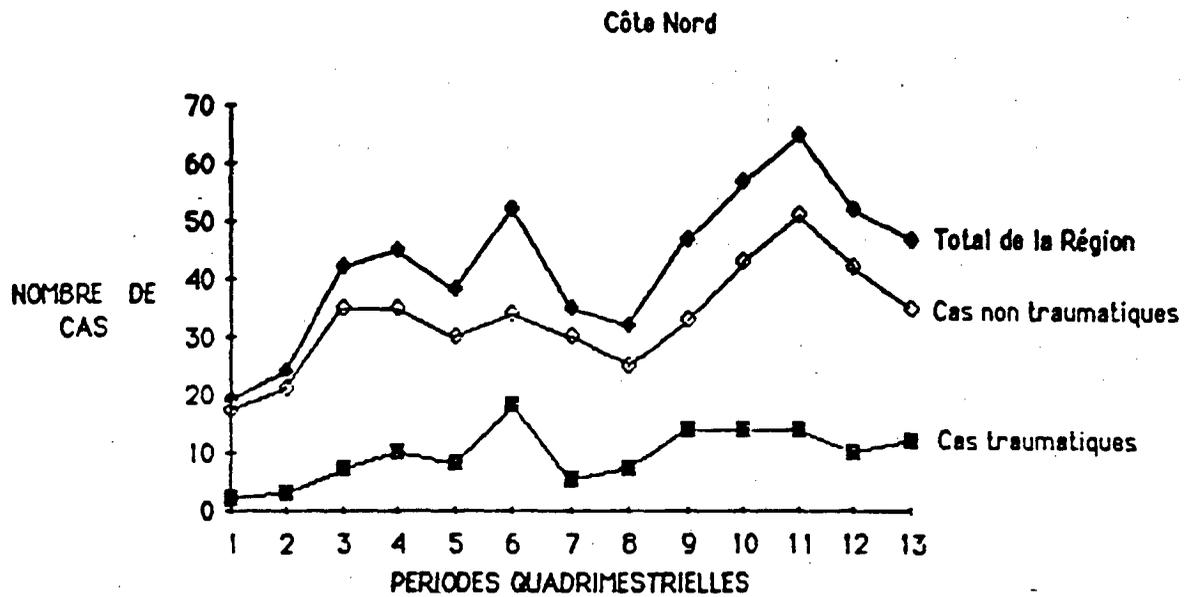


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81	8 - Janv 84 • Avr 84
2 - Janv 82 • Avr 82	9 - Mai 84 • Août 84
3 - Mai 82 • Août 82	10 - Sept 84 • Déc 84
4 - Sept 82 • Déc 82	11 - Janv 85 • Avr 85
5 - Janv 83 • Avr 83	12 - Mai 85 • Août 85
6 - Mai 83 • Août 83	13 - Sept 85 • Déc 85
7 - Sep 83 • Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enn. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.6.1

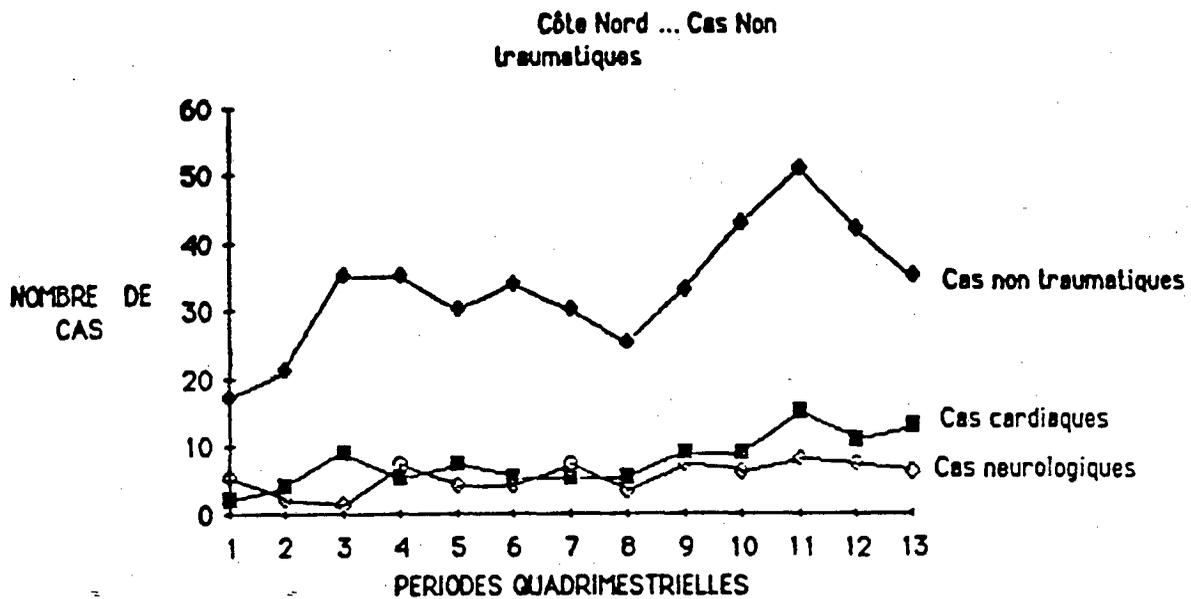


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81	8 - Janv 84 • Avr 84
2 - Janv 82 • Avr 82	9 - Mai 84 • Août 84
3 - Mai 82 • Août 82	10 - Sept 84 • Déc 84
4 - Sept 82 • Déc 82	11 - Janv 85 • Avr 85
5 - Janv 83 • Avr 83	12 - Mai 85 • Août 85
6 - Mai 83 • Août 83	13 - Sept 85 • Déc 85
7 - Sep 83 • Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.7

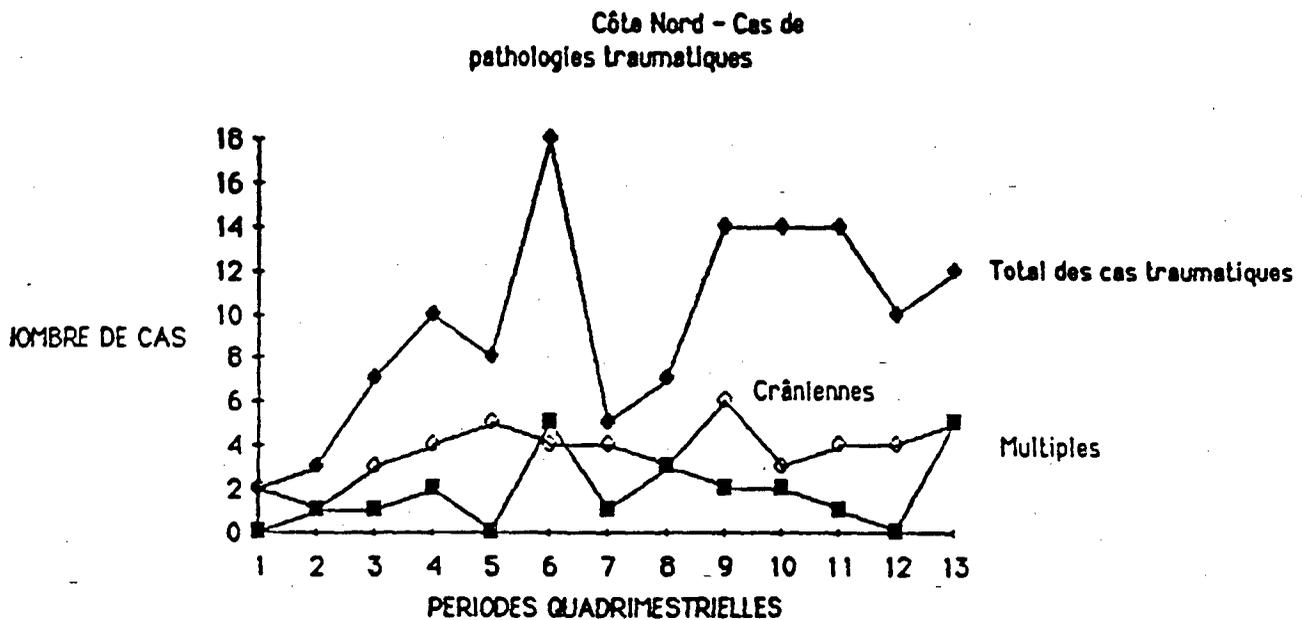


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Sept 81 • Déc 81 | 8 - Janv 84 • Avr 84 |
| 2 - Janv 82 • Avr 82 | 9 - Mai 84 • Août 84 |
| 3 - Mai 82 • Août 82 | 10 - Sept 84 • Déc 84 |
| 4 - Sept 82 • Déc 82 | 11 - Janv 85 • Avr 85 |
| 5 - Janv 83 • Avr 83 | 12 - Mai 85 • Août 85 |
| 6 - Mai 83 • Août 83 | 13 - Sept 85 • Déc 85 |
| 7 - Sep 83 • Déc 83 | |

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.8

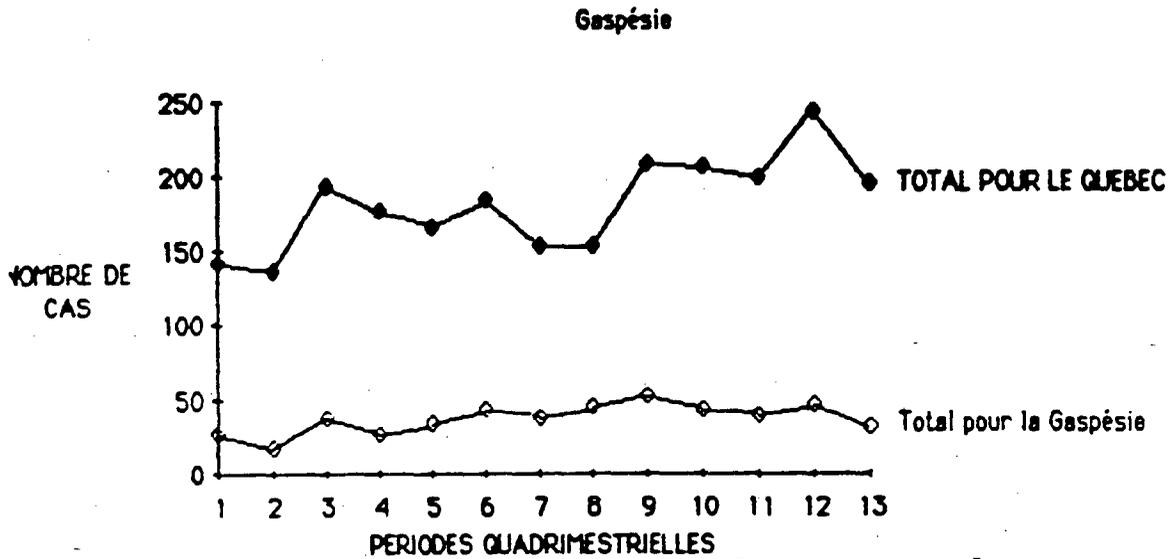


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Sept 81 @ Déc 81 | 8 - Janv 84 @ Avr 84 |
| 2 - Janv 82 @ Avr 82 | 9 - Mai 84 @ Août 84 |
| 3 - Mai 82 @ Août 82 | 10 - Sept 84 @ Déc 84 |
| 4 - Sept 82 @ Déc 82 | 11 - Janv 85 @ Avr 85 |
| 5 - Janv 83 @ Avr 83 | 12 - Mai 85 @ Août 85 |
| 6 - Mai 83 @ Août 83 | 13 - Sept 85 @ Déc 85 |
| 7 - Sep 83 @ Déc 83 | |

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enn: (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.9

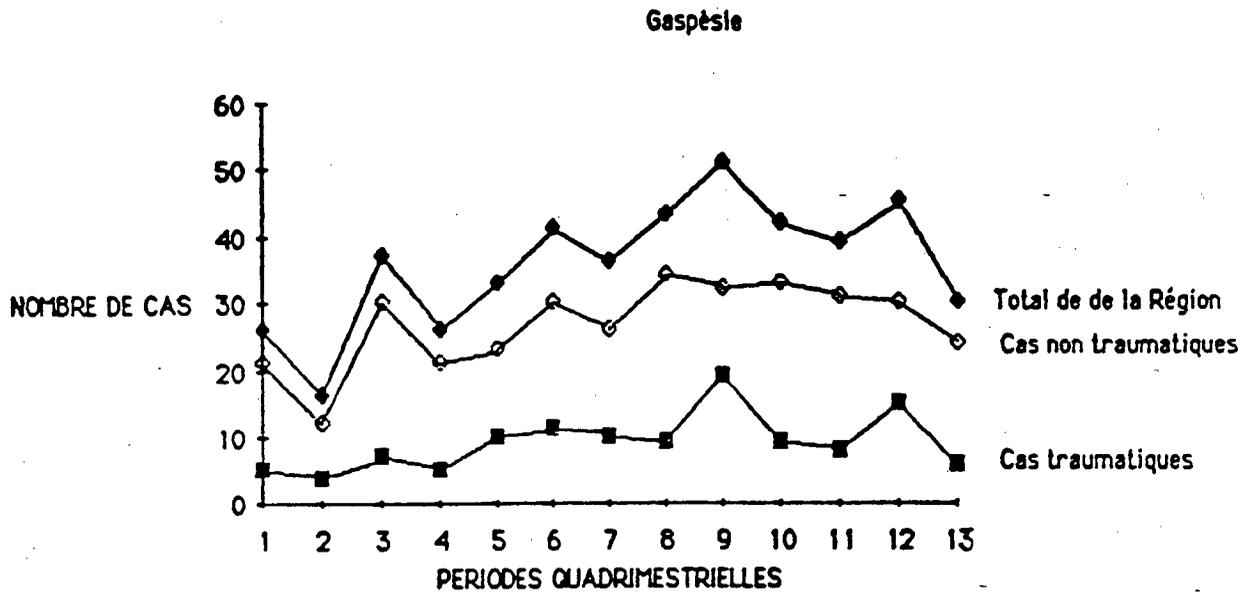


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Sept 81 • Déc 81 | 8 - Janv 84 • Avr 84 |
| 2 - Janv 82 • Avr 82 | 9 - Mai 84 • Août 84 |
| 3 - Mai 82 • Août 82 | 10 - Sept 84 • Déc 84 |
| 4 - Sept 82 • Déc 82 | 11 - Janv 85 • Avr 85 |
| 5 - Janv 83 • Avr 83 | 12 - Mai 85 • Août 85 |
| 6 - Mai 83 • Août 83 | 13 - Sept 85 • Déc 85 |
| 7 - Sep 83 • Déc 83 | |

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.9.1

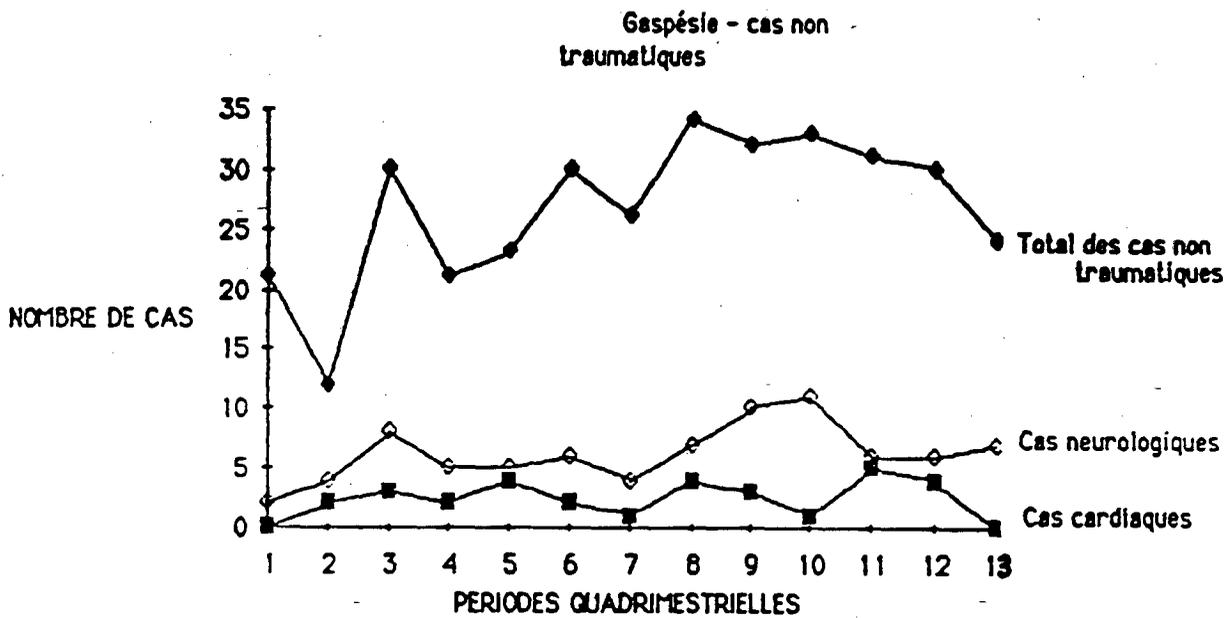


LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Sept 81 • Déc 81 | 8 - Janv 84 • Avr 84 |
| 2 - Janv 82 • Avr 82 | 9 - Mai 84 • Août 84 |
| 3 - Mai 82 • Août 82 | 10 - Sept 84 • Déc 84 |
| 4 - Sept 82 • Déc 82 | 11 - Janv 85 • Avr 85 |
| 5 - Janv 83 • Avr 83 | 12 - Mai 85 • Août 85 |
| 6 - Mai 83 • Août 83 | 13 - Sept 85 • Déc 85 |
| 7 - Sep 83 • Déc 83 | |

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.10



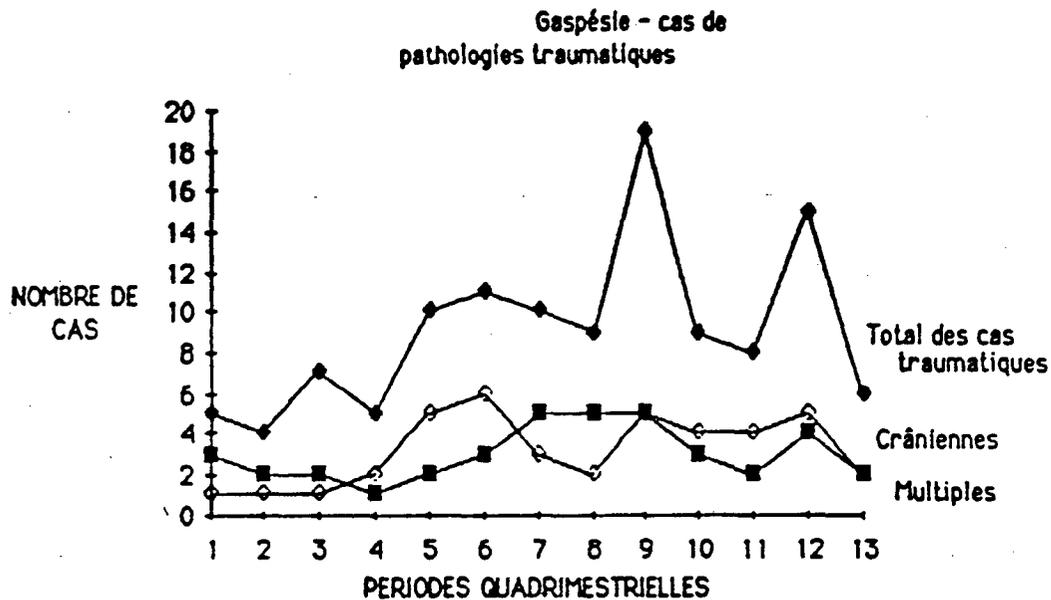
LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81
2 - Janv 82 • Avr 82
3 - Mai 82 • Août 82
4 - Sept 82 • Déc 82
5 - Janv 83 • Avr 83
6 - Mai 83 • Août 83
7 - Sep 83 • Déc 83

8 - Janv 84 • Avr 84
9 - Mai 84 • Août 84
10 - Sept 84 • Déc 84
11 - Janv 85 • Avr 85
12 - Mai 85 • Août 85
13 - Sept 85 • Déc 85

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

CTAMQ
TABLEAU 6.11



LEGENDE - PERIODES QUADRIMESTRIELLES

1 - Sept 81 • Déc 81	8 - Janv 84 • Avr 84
2 - Janv 82 • Avr 82	9 - Mai 84 • Août 84
3 - Mai 82 • Août 82	10 - Sept 84 • Déc 84
4 - Sept 82 • Déc 82	11 - Janv 85 • Avr 85
5 - Janv 83 • Avr 83	12 - Mai 85 • Août 85
6 - Mai 83 • Août 83	13 - Sept 85 • Déc 85
7 - Sep 83 • Déc 83	

SOURCE : Les Médecins de la clinique d'urgence E. J. Enr. (QUEBEC)

4.- UTILISATION DES F-27

Le tableau 7.0 révèle que les F-27 du service aérien ont dû être utilisés dans 18.12% de tous les transferts soit pour le transport de 446 malades sur un total de 2461. Ces missions ont nécessité le F-27 pour plusieurs raisons; les principales sont la non-disponibilité de C-FSEN (maintenance), la météo défavorable, les conditions de piste inadéquates mais surtout pour des raisons de sécurité reliées directement à l'autonomie insuffisante et à l'incapacité d'utiliser les moteurs de C-FSEN pour freiner (inverseurs de poussée).

Les missions effectuées en F-27 comportent des inconvénients certains pour les malades et les escortes: en effet, le système ne dispose pas d'un équipement médical aussi complet et sophistiqué à bord des F-27 qu'à bord de C-FSEN; cette situation rend le traitement et le monitoring des malades plus précaires. La durée prolongée des missions épuise inutilement les escortes et rend le système deux fois moins disponible pour d'autres malades; cette durée prolongée est inhérente à la vitesse de croisière des F-27.

Il faut remarquer le pourcentage élevé d'utilisation des F-27 dans des régions particulièrement éloignées, donc nécessitant beaucoup de temps; ainsi, on remarque au tableau 1.0, que le Nord Ouest a été desservi dans 24,3% des cas par le F-27, la Basse Côte Nord l'a été dans 43,9%, les Iles de la Madeleine dans 24,3% et le Nouveau-Brunswick dans 22,7%. Les tableaux 7.1 et 7.2 illustrent bien ces données.

L'utilisation fréquente du F-27 alors que le nombre de missions augmente, diminue inutilement l'efficacité du système; cela causera éventuellement sa non utilisation (refus obligatoire dans les circonstances) pour certains malades particulièrement urgents. Cette constatation fait aussi ressortir la menace réelle à la sécurité de ces grands malades instables.

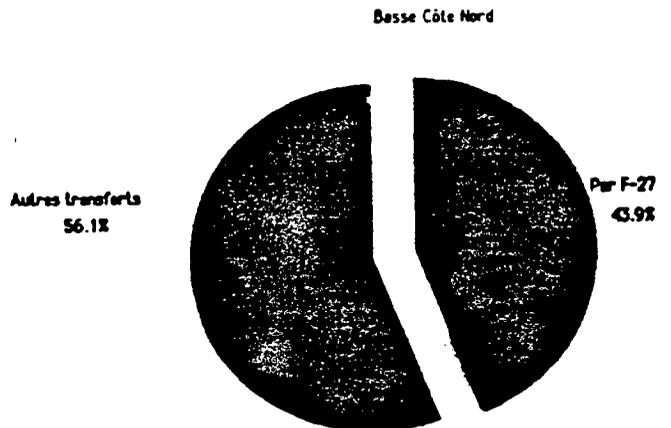
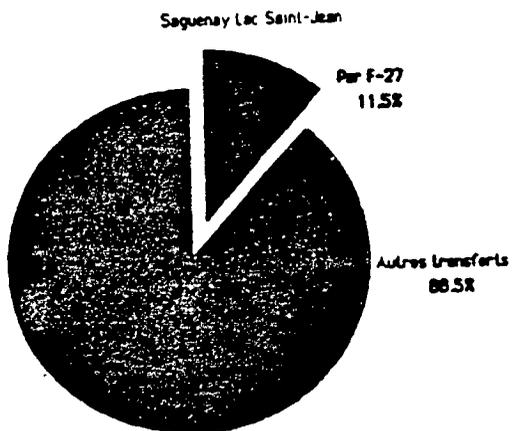
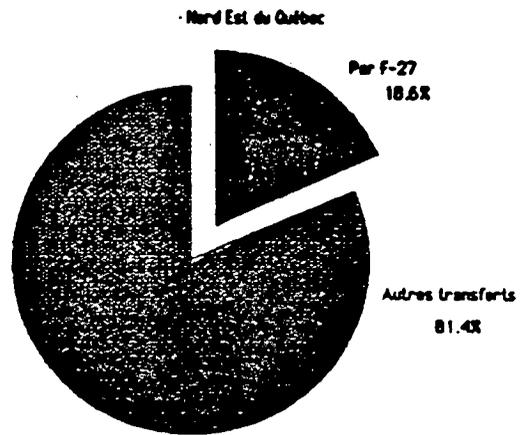
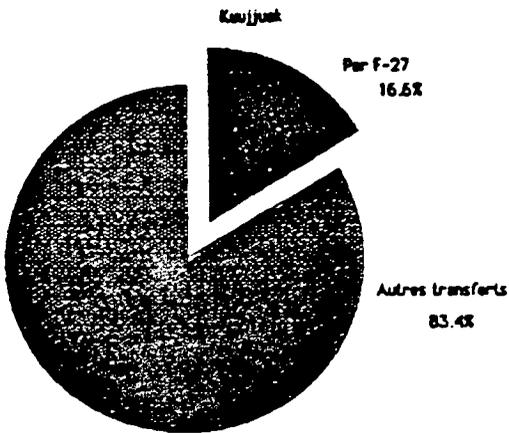
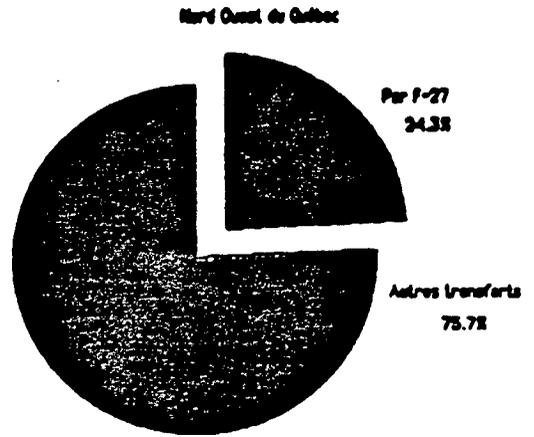
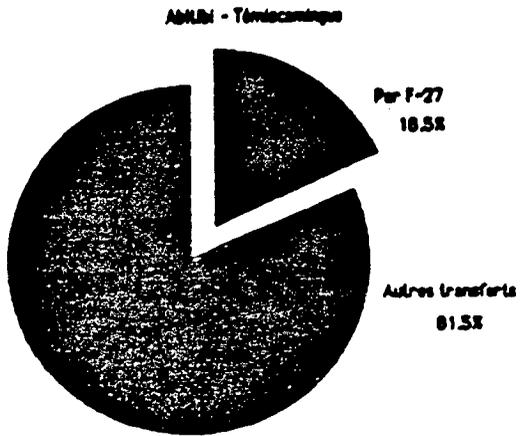
Nous pouvons en déduire que si EVAQ disposait d'un réacteur plus versatile et surtout doté d'une plus grande autonomie et de moteurs équipés d'inverseurs de poussée, plusieurs missions, actuellement effectuées en F-27, pourraient l'être plus rapidement et plus efficacement, redonnant au système une disponibilité essentielle à sa vocation.

TABLEAU 7.0

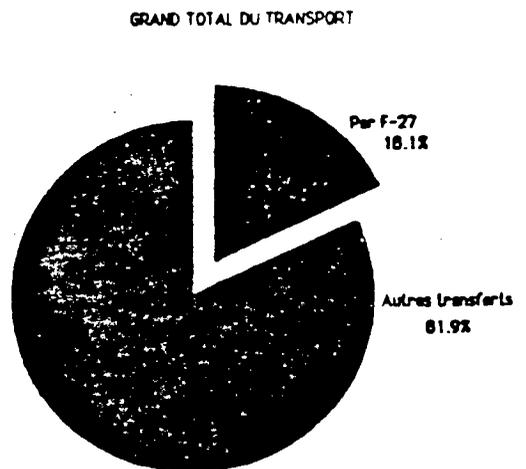
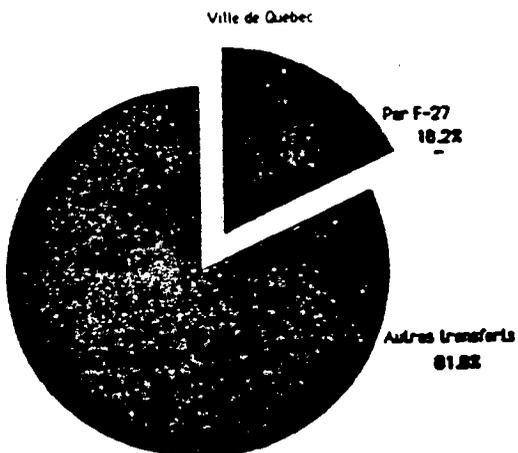
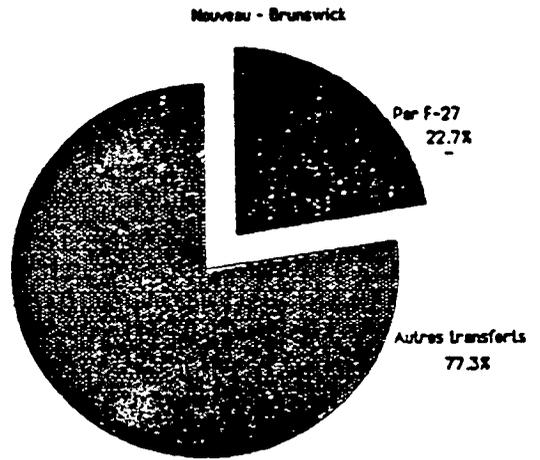
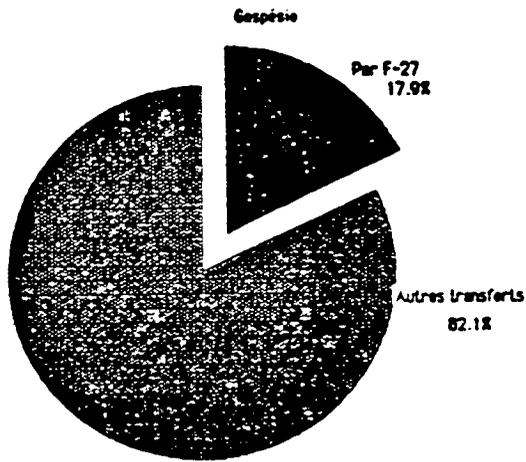
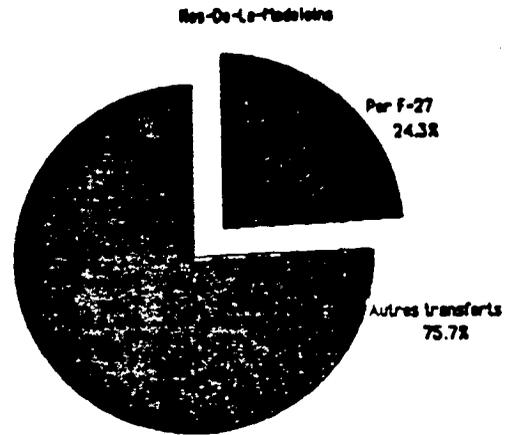
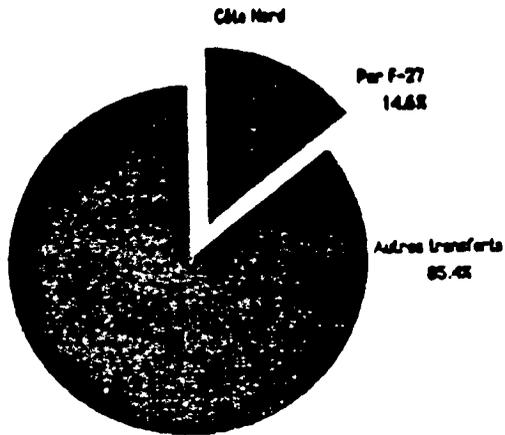
IMPORTANCE RELATIVE DES TRANSFERTS PAR F-27 PAR REGION ET LOCALITE
Du 1er septembre 1981 au 31 mars 1986
(En nombres et pourcents)

ABITIBI-TEMISCAMINGUE (569 Transferts)			BASSE COTE NORD (66 Transferts)		
Amos	9		Blanc Sablon	19	29/66
Chibougamau	32		Havre St-Pierre	8	ou
Chapais	1	105/569	Mingan	2	<u>43.94%</u>
La Sarre	7	ou	Tot par F-27	29	
Lebel sur Quév	1	18.45%	COTE NORD (575 Transferts)		
Matagami	3		Haute-Rive	55	84/575
Noranda	27		Spot-Iles	29	ou
Ville-Marie	7		Tot par F-27	84	<u>14.61%</u>
Val d'Or	18		ILES- DE- LA- MADELEINE (107 Transferts)		
Tot.par F-27	105				26/107
NORD OUEST (136 Transferts)			Tot par F-27		
Fort George	4	33/136		26	ou
LG-2	23	ou			<u>24.30%</u>
LG-3	1	24.26%	GASPESIE (492 Transferts)		
LG-4	5		Bonaventure	23	
Tot. par F-27	33		Chandler	10	
KULUJUAQ (145 Transferts)			Gaspé	34	88/492
		24/145	Mont Joli	5	ou
		ou	Malane	5	17.89%
Tot. par F-27	24	16.55%	Rimouski	6	
NORD EST (113 Transferts)			Riv. du Loup	2	
Fermont	3		Ste-Anne Mts	3	
Gagnonville	4	21/113	Tot par F-27	88	
Labrador City	4	ou	NOUVEAU BRUNSWICK (44 Transferts)		
Mingan	2	18.58%	Edmonston	5	10/44
Schefferville	4		N.B.	5	ou
Wabush	4		Tot par F-27	10	<u>22.73%</u>
Tot par F-27	21		VILLE DE QUEBEC (22Transferts)		
SAGUENAY LAC ST-JEAN (192 Transferts)					4/22
Alma	3		Par F-27	4	ou
Chicoutimi	2				<u>18.18%</u>
Dolbeau	1	22/192	GRAND TOTAL (2461 Transferts)		
Jonquière	1	ou			446/2461
Roberval	9	11.46%	Par F-27	446	ou
Le Tuque	4				<u>18.12%</u>
Forestville	2				
Tot par F-27	22				

CTAMQ
TABLEAU 7.1



CTAMQ
TABLEAU 7.2



5.- COUTS ANNUELS D'OPERATION D'EVAQ (1985)

Escortes médicales	224,000.00\$
Escortes infirmières	170,000.00\$
Médicaments et fournitures	65,000.00\$
Entretien ménager des avions	78,000.00\$
Avions	
1) réactés 1194 heures @ 1962.00/hre	2,342,628.00\$
2) turbopropulsés 317 hres & 1768.00/hre	560,456.00\$
GRAND TOTAL:	3,440,084.00\$

6.- Transport aérien des autres malades au Québec

Plusieurs milliers de malades voyagent en aéronef au Québec sans recourir aux services du système EVAQ. Ces malades ne peuvent actuellement être ni identifiés, ni catégorisés, ni quantifiés et les coûts de transport qu'ils génèrent ne peuvent être établis faute de données; le Ministère de la Santé et des Services Sociaux ne les connaît pas et ne peut, par conséquent, nous les communiquer.

7.- RAPATRIEMENTS DES QUEBECOIS HORS QUEBEC

Les officiers du Ministère de la Santé et des Services Sociaux ainsi que du Conseil de la Santé et des Services Sociaux de Québec ont appris au CTAMQ l'existence d'un groupe de travail sur le rapatriement des Québécois de l'étranger, en particulier de la Floride. Nous croyons que cette question doit être sérieusement envisagée. Cependant, le degré d'urgence de ces rapatriements ne peut justifier l'utilisation du système EVAQ dans sa forme actuelle: en effet, EVAQ ne répond qu'aux urgences instables à l'intérieur de délais courts. Sa mission consiste à sauver des vies bien qu'il s'agisse de transports secondaires entre établissements.

Les vols de rapatriement, quant à eux, ne se font pas sur une base d'extrême urgence et ils doivent toujours être planifiés à l'avance. L'expérience des pays étrangers confirme cette notion et la pratique a démontré que la planification minimale de ces vols est de 24 heures (Suisse, France, Angleterre, Allemagne).

De plus, il apparaît clairement que l'entreprise privée, en l'occurrence les compagnies d'assurance, doit participer à un tel système.

Quant à la participation du Service Aérien Gouvernemental et de l'équipe médicale d'EVAQ pour ces opérations de rapatriement, nous pouvons affirmer qu'elle serait souhaitable pour des raisons de qualité, de fiabilité et de facilité de contrôle. Toutefois, de telles opérations nécessitent qu'on étudie à fond tous les volets de la question. Qu'il nous suffise de suggérer l'utilisation éventuelle d'avions exécutifs du SAG munis de certains équipements et d'escortes compétentes.

De plus, concernant le transport d'autres malades sur civière, le CTAMQ voudrait mentionner que le système EVAQ ne peut, dans sa forme actuelle être utilisé à cette fin. Plusieurs remarques ont été faites concernant les problèmes des malades semi-urgents sur civière, des malades handicapés électifs, des retours en région sur civière, des escortes familiales, etc...

Le CTAMQ est d'avis que ces questions importantes débordent son mandat. On peut toutefois suggérer que le MSSS envisage la possibilité d'utiliser davantage le Service Aérien Gouvernemental pour répondre à toutes ces demandes. Aussi, encore une fois, l'expertise d'EVAQ pourrait être mise à profit.

Notre comité n'a cependant pas le mandat de fournir une évaluation de la situation dont il est question ici ni la mission de formuler des recommandations précises pour améliorer cette situation qui mérite pourtant, elle aussi, qu'on lui apporte une solution dans les délais les meilleurs.

8.- TRANSPORT DE DONNEURS / RECEVEURS D'ORGANES.

EVAQ a reçu quelques demandes pour le transport d'organes, d'équipes chirurgicales pour le prélèvement d'organes et de receveurs éventuels d'organes. De tels transports ne requièrent pas les services d'EVAQ, soit une unité de soins intensifs volante. Cependant, EVAQ peut transporter en toute sécurité un donneur d'organes en maintenant artificiellement ses fonctions vitales pendant le transport; cette procédure d'opération permettrait à l'équipe chirurgicale responsable de la transplantation d'éviter une fatigue inutile occasionnée par un transport aérien précipité en demeurant dans le centre hospitalier où doit s'effectuer la transplantation.

9.- VALENTINE LUPIEN (HS-125)

Le choix d'un aéronef comme "véhicule de transport" aérien de malades et blessés sera toujours une décision importante pour le bon fonctionnement d'un système. En 1981, les membres du groupe d'études qui mirent sur pied EVAQ eurent la difficile tâche d'arrêter leur choix sur un avion populaire et bien connu au Service Aérien Gouvernemental du Québec: le HS-125 C-FSEN, équipé de moteurs Viper 521-1A de la Compagnie Rolls Royce.

Historiquement, il est possible de retenir trois raisons principales qui militent en faveur du choix de l'appareil encore utilisé aujourd'hui par EVAQ:

a) Prix d'achat d'un appareil usagé et sa disponibilité sur le marché

b) Compatibilité parfaite entre cet avion et le réacté (C-FPQG) que le SAG opérait depuis 1964.

Inventaire des pièces de rechange, équipes de mécaniciens et de techniciens expérimentés sur ce type d'avion, équipages (capitaines et co-pilotes) certifiés et expérimentés sur les HS-125.

c) Possibilité (malgré les difficultés techniques) de transformer en unité de soins intensifs volante un appareil de ce type.

C-FSEN est sorti des usines de Hawker Siddley en 1964. A ce jour, il a volé quelque 10,840 heures et parcouru environ 4,000,000 de milles nautiques. Les deux moteurs qui le propulsent sont le fruit de la technologie des années 50; ils se caractérisent par une consommation abusive de carburant ce qui pénalise grandement son autonomie de vol. De plus ces moteurs étant moins performants en altitude, la vitesse de croisière de l'avion en est réduite d'autant. C-FSEN ne peut légalement entreprendre une envolée de plus de 1,000 milles nautiques. En pratique cette restriction se traduit par une impossibilité de faire sans escale, avec une météo incertaine, les trajets Montréal-Kuujjuaq, Montréal-Blanc Sablon, Rouyn-Kuujjuaq, Québec-Blanc Sablon, etc.

La vétusté des moteurs influence aussi lourdement les coûts de réparation et d'entretien de l'appareil. La Compagnie Rolls Royce ne fabrique plus certaines pièces qui doivent alors être spécialement usinées sur commande spécifique. Les coûts d'entretien pour chaque heure de vol montent en flèche d'une part et l'avion demeure cloué au sol pour de longues périodes d'autre part.

La faiblesse la plus marquante de C-FSEN demeure néanmoins l'absence d'inverseurs de poussée sur ses moteurs VIPER 521-1A. Cette déficience technique hypothèque l'avion dans une forte proportion de ses envolées dans les régions périphériques du Québec.

En effet l'avion ne peut négocier sécuritairement les atterrissages sur pistes courtes (4500 pieds) s'il existe des risques de verglas, de vénéasse (slush) ou de neige sur le pavage.

Mentionnons aussi que le SAG, prudemment et sagement, n'a jamais autorisé l'opération de l'appareil sur des pistes de gravier. L'ingestion par les moteurs de particules rejetées par la roue de nez risquerait une panne au moment critique du décollage.

Enfin il mérite de souligner quelques autres points au sujet de cet avion:

- a) le bruit émis par ses moteurs dépasse largement les normes acceptables de pollution par le bruit; cependant, eu égard aux missions humanitaires les envolées même nocturnes sont encore, pour le moment, tolérées.
- b) l'étroitesse de la cabine où le personnel médical doit oeuvrer est de notoriété publique.
- c) Le poste de pilotage de C-FSEN est petit; il n'est plus possible d'y loger de nouveaux instruments d'avionique.

10.- LE CAS POVUNGNITUK

En 1977, lorsque l'Assemblée Nationale du Québec adopta un train de lois destinées à entériner la Convention de la Baie James et du Nord Québécois et à en amorcer la mise en application, le Québec contractait alors des obligations envers les populations autochtones des territoires visés par ladite Convention.

Le dossier de la dispensation des soins de santé et des services sociaux sur la Côte et le Détroit d'Hudson ne peut être ignoré par le Comité sur le transport aérien des malades au Québec.

La Convention de la Baie James et du Nord Québécois reconnaît l'existence du besoin de doter la partie nord ouest du territoire inuit d'un Centre hospitalier adéquat pour desservir la population qui vit sur ces terres isolées et éloignées. Au cours des dernières années on a assisté à la mise sur pied, dans le cadre des lois québécoises, de la Corporation de l'Hôpital de la Baie d'Hudson, cheville ouvrière de la construction du Centre Hospitalier de la Baie d'Hudson à Povungnituk. Cet hôpital moderne et bien adapté aux conditions nordiques ouvrira officiellement ses portes à la fin d'août 1986.

Le Centre hospitalier de Povungnituk est un hôpital de 25 lits, faisant partie intégrale du réseau du ministère de la Santé et des Services Sociaux et relié au cadre administratif du Conseil de la Santé et des Services Sociaux 10A Nouveau-Québec; à ce titre, on doit le considérer sur le même pied que les autres centres hospitaliers du Québec.

Le domaine du transport aérien sur tout le territoire visé par la Convention de la Baie James et du Nord Québécois a fait au cours des dernières années l'objet de prises de position et d'engagements contractuels de la part du Canada et du Québec. En septembre 83, Transport Canada et le Ministère des Transports du Québec concluaient une "entente-parapluie" visant la construction sur le territoire inuit (nord du 55e degré de latitude Nord) d'un réseau d'infrastructures aéroportuaires adaptées aux conditions particulières qui prévalent dans le Grand-Nord québécois. L'entente sur les aéroports nordiques stipule que le Québec sera le propriétaire des infrastructures et aura à en assurer, à ses frais, l'opération et l'entretien.

Parmi les nombreuses autres clauses de l'entente sur les infrastructures aéroportuaires on retrouve la "clause" Povungnituk qui se lit comme suit:

"Nonobstant la clause 10, dans le cas où une décision ferme est prise par le Québec d'établir un hôpital régional à Povungnituk, les parties conviennent d'y construire une piste de catégorie 3 de mille trois cent soixante dix (1370) mètres par trente (30) mètres (4500 pieds x 100 pieds) et d'en faire le revêtement en béton bitumineux à la place de la piste décrite à l'item I de l'annexe D."

A mi-chemin du calendrier des interventions relativement à la construction des aéroports nordiques, les parties au dossier (Canada, Québec, Société Makivik, Administration Régionale Kativik, et le Conseil Communautaire de Povungnituk) n'ont pas encore établi un consensus relatif aux caractéristiques physiques des infrastructures à mettre en place.

La "clause" Povungnituk reconnaît la spécificité du cas; étant donné la présence dans ce village d'un centre hospitalier intégré à un réseau qui a droit aux services d'EVAQ, le Québec doit le doter d'un aéroport capable de recevoir l'avion-ambulance.

Povungnituk est un village de 900 personnes situé à 1,800 kilomètres de Québec sur les rives brumeuses de la Baie d'Hudson. Les officiers du Ministère des Transports du Québec sont hésitants à recommander aux autorités la construction de pistes asphaltées onéreuses à entretenir à ces latitudes pour recevoir 25 à 30 fois par année un jet démodé, capricieux et incapable de se rendre directement à cet endroit à partir de Québec.

La desserte par les services d'EVAQ du Centre hospitalier de la Baie d'Hudson à Povungnituk a amené les membres du Comité sur le transport aérien des malades au Québec à se prononcer sur la question des caractéristiques physiques de la piste du futur aéroport de Povungnituk.

Eu égard aux recommandations que le CTAMQ soumet au Ministre des Transports quant à l'appareil (avion) qu'EVAQ devrait éventuellement utiliser pour la totalité de ses missions, eu égard aux coûts annuels récurrents que représentent l'opération et l'entretien au 60e degré de latitude Nord d'une piste en béton bitumineux recevant des réactés sans inverseurs de poussée, les membres du comité propose au ministre des Transports d'établir avec Transport-Canada un concession relativement à la "clause" Povungnituk et de construire à Povungnituk dès l'été 1988 une piste de gravier de 5,000 pieds de longueur éventuellement capable de recevoir en toute saison les réactés modernes que l'on retrouve sur le marché. Nous pouvons d'ores et déjà avancer qu'au seul poste budgétaire "entretien" cette décision se traduira par des économies annuelles répétitives d'un million de dollars. Nous voulons de plus signaler au passage la nette différence qui existe entre les coûts de construction de pistes en gravier par rapport aux pistes de béton bitumineux ou de béton armé dans ces régions lointaines et d'accès malaisé.

11.- LA PROSPECTIVE

Cette étude statistique des activités D'EVAQ nous aura permis de constater que le système a rempli adéquatement la mission qui lui a été confiée par le Gouvernement du Québec en 1981. Elle aura également révélé les tendances de son utilisation quant aux différentes pathologies concernées, quant au type de clientèle et surtout quant aux différentes régions qui auront à l'utiliser.

Cette évolution de près de 5 ans nous permet également d'affirmer que la capacité du système de répondre à la demande atteindra bientôt sa limite; cette limite sera vraisemblablement atteinte d'ici deux ans, peut-être plus tôt. Les remarques recueillies auprès des médecins de la périphérie corroborent d'ailleurs cette prévision et l'augmentation des nolisements en dehors du système, particulièrement sur la Côte Nord, la confirme.

Parmi les solutions que nous pouvons envisager afin de continuer de répondre aux besoins des malades urgents du Québec, mentionnons les suivantes:

- 1.- Laisser évoluer le système actuel sans y apporter aucune modification.
- 2.- Ajouter un deuxième avion équivalent à C-FSEN
- 3.- Remplacer le système actuel par un système régionalisé de transport extra-régional des malades urgents vers les centres ultra-spécialisés de Québec et de Montréal.
- 4.- Remplacer C-FSEN par un appareil réacté plus spacieux, plus autonome, plus moderne et plus versatile et équipé de moteurs avec inverseurs de poussée.

La première alternative risque de favoriser le développement anarchique d'évacuations dans chacune des régions puisque EVAQ deviendra rapidement incapable de répondre adéquatement à la demande. Les médecins de la périphérie ne pourront accepter de subir l'insuffisance du système en compromettant la vie de leurs malades urgents; ils prendront tous les moyens possibles pour sauver ces malades même si ces moyens sont des plus dispendieux et cela, sans les précautions essentielles à la survie en altitude. Il est utopique de croire que les décisions individuelles, institutionnelles ou même régionales quant au nolisement d'aéronefs dans des situations d'urgence seront pertinentes, sécuritaires et économiques. La Côte Nord a d'ailleurs commencé à utiliser de telles méthodes depuis quelque temps. Cette alternative nous apparaît d'abord une menace à la sécurité des malades et une escalade des coûts. Nous croyons qu'elle ne devrait pas être retenue.

La deuxième alternative qui consiste à doter le Québec d'un deuxième avion ambulance nous apparaît aussi inappropriée: en effet, malgré qu'elle permette de préserver la qualité des soins aux malades transférés par un équipement médical et un personnel d'escorte adéquats, cette hypothèse impliquerait le recrutement d'équipages supplémentaires et d'escortes supplémentaires en plus de générer des coûts d'opération non négligeables (carburant, entretien, réparations); il faut souligner de plus que ces coûts seraient récurrents.

La troisième alternative qui remplacerait le système actuel par un système régionalisé impliquerait des coûts beaucoup trop importants: la mise sur pied d'unités de soins intensifs volantes basées dans les régions pour le transport des grands malades vers les centres spécialisés du sud impliquerait des déboursés tout aussi importants que ceux qui sont générés par EVAQ dans chacune des régions où un tel système serait instauré. Cette alternative pose un problème majeur de recrutement et de maintien de compétence pour les escortes dans chacune des régions. La présence, en région, d'aéronefs adéquatement équipés pour le transport primaire et secondaire des malades est maintenant une nécessité. Nous devons permettre aux malades de toutes catégories de voyager en toute sécurité même si leur état ne nécessite pas la dispensation de soins intensifs en cours de vol.

La quatrième alternative nous apparaît la plus appropriée puisqu'elle permettrait de limiter au minimum les coûts récurrents actuels du système tout en augmentant sa disponibilité et son efficacité. Cette option qui permet de remplacer C-FSEN par un réacteur plus moderne, plus efficient, plus spacieux, plus versatile et plus autonome peut permettre à EVAQ de répondre adéquatement à la demande des malades urgents du Québec pour plusieurs années encore voire pour plus d'une décennie. L'investissement nécessaire à l'acquisition d'un tel appareil pourrait se rentabiliser rapidement par les économies réalisées sur les coûts d'opération des autres alternatives mentionnées plus haut et sur les coûts de construction, d'opération et d'entretien des infrastructures aéroportuaires. Un tel appareil devrait pouvoir accommoder au moins quatre malades sur civière en plus d'offrir toutes les facilités de monitoring et de traitement en vol; il devrait être au moins aussi rapide, pouvoir tripler l'autonomie actuelle et permettre l'utilisation d'un plus grand nombre de pistes que C-FSEN et ses caractéristiques de freinage devraient être meilleures pour des raisons évidentes de sécurité liées aux conditions des infrastructures de notre territoire - pistes de gravier gelées 6 à 7 mois annuellement.

Afin de permettre à la population desservie de continuer de bénéficier d'un système adéquat de transport aérien qui soit efficace, pertinent et le plus économique possible, nous croyons donc que le remplacement de C-FSEN est maintenant devenu nécessaire.

12.- RECOMMANDATIONS:

Suite aux différentes considérations contenues dans la présente étude, nous concluons que les recommandations suivantes devraient être mises de l'avant dans les meilleurs délais:

1. Le Ministère des Transports doit procéder au remplacement de C-FSEN par un réacteur plus moderne, spacieux, versatile, nécessairement doté d'une plus grande autonomie de vol et propulsé par des moteurs équipés d'inverseurs de poussée.

2. Le Service Aérien Gouvernemental doit accorder une priorité à l'entretien de l'avion-ambulance et des appareils qui le remplacent à l'occasion. Cette politique administrative doit comprendre des horaires de travail de 24 heures par jour, 7 jours par semaine lorsque l'avion est retenu au sol pour des raisons techniques.

3.- Le ministre des Transports doit inviter le Gouvernement du Québec à donner au système EVAQ un statut bien défini, un mandat précis et un organigramme fonctionnel.

En plus des trois recommandations précédentes le CTAMQ veut que soient apportés au système les correctifs et améliorations suivants:

A) EVAQ, fort de sa nouvelle formule administrative, devra s'occuper de faire connaître son existence, son mandat, sa procédure d'accessibilité auprès des établissements et des professionnels rattachés au réseau du MSSS.

B) EVAQ aura à trouver en collaboration avec le MSSS et Urgence-Santé du grand Montréal une solution à l'épineux problème des escortes médicales pour les malades devant se rendre au centre-ville de Montréal.

C) Le Comité invite le MSSS et le groupe d'étude sur le rapatriement des Québécois hors Québec à investiguer la possibilité d'utiliser les appareils du SAG et l'expertise d'EVAQ pour le transport aérien des malades autres qu'urgents au Québec et pour les rapatriements de l'étranger.

D) Le CTAMQ assure le ministre des Transports que dès 1987 un rapport annuel sur les activités d'EVAQ sera produit: achalandage, évolutions des clientèles, aspects financiers, régions déservies etc.

COMITE SUR LE TRANSPORT AERIEN
DES MALADES AU QUEBEC.

par Clément Tremblay



86-08-29

MINISTÈRE DES TRANSPORTS



QTR A 101 170